

現代社会における医療と宗教的ケアをめぐる研究  
－医療福祉と仏教の視座から－

福永 憲子

# 目 次

序 論.....	1
第1節 研究の目的.....	1
第2節 研究の意義.....	4
第3節 研究の方法.....	6
 第1章 看取りをめぐる医療の現状と課題 ―看護師の行為という視点から .....	12
第1節 現代における「死」をめぐる環境.....	12
第2節 医療の周縁として認識される死.....	15
第3節 誰が入院中の患者を支えるのか ―キーパーソンから考える .....	18
第4節 患者の「孤独」と医療の限界.....	20
第5節 医療従事者によって隠される死.....	24
1) 死にゆく過程から死への手続き .....	25
2) 死から退院に至る「隠す」作業の連続.....	27
 第2章 仏教的ケアの歩みと先行研究の検討―自律性のある仏教的ケアを求めて .....	33
第1節 医療における「日本的看取り」の探求と仏教.....	33
第2節 仏教を主眼に置いたケアの先行研究と実践の沿革.....	36
第3節 新たな宗教的ケアの創出 ―臨床宗教師モデル .....	45
第4節 宗教者主体の宗教的ケアの検討 ―台湾・慈済会教団の信者の活動から ..	48
1) 仏教教団における信徒の活動.....	48
2) 会員数の展開と倫理的行動規範 .....	51
3) 志業としての病院と信徒による宗教性を生かしたケア .....	52
4) 慈済会会員による慈善活動の動機の源泉と解釈.....	54
第5節 真宗本願寺派信徒の活動例から .....	57

1) 信徒による組織的な社会活動に向けて .....	57
2) ビハーラ活動の動機と実際 .....	59
3) 社会活動における門信徒の心性 ―真宗教義を例として.....	61

### 第3章 医療従事者に望まれる宗教的ケアと宗教者の役割に関する考察

#### ―あそかビハーラ病院・看護師のインタビュー調査から .... 63

第1節 インタビュー調査に至る背景と目的 .....	63
第2節 宗教者に依頼する事柄とは ―宗教的ケアの自律性を考察する.....	68
1) 研究手法・調査対象者・調査期間.....	68
2) あそかビハーラ病院と僧侶の日常 .....	72
3) インタビュー調査と分析 .....	75
・ あそかビハーラ病院に勤務を希望した理由 .....	75
・ 死に関する話題と医療の限界について .....	78
・ 看護師が考えるチーム医療のなかでの僧侶の位置づけ .....	82
・ 宗教者の参与による患者の状態が好転した事例について.....	85
・ 病院における宗教者の配置に向けて .....	88
第3節 インタビューからの考察①―看護師による看取りの過程と倫理.....	89
第4節 インタビューからの考察②―宗教性を生かしたケアの複雑性 .....	91

### 第4章 心のケアと宗教的ケア ―その再考と心理的な視点..... 94

第1節 宗教的ケアとスピリチュアルケア議論	
―医療におけるスピリチュアルケアとは何か ....	94
第2節 心のケアに対する心理的な視点 .....	97
第3節 「臨床宗教師」としてのスピリチュアルケア .....	100

### 第5章 心のケアをめぐる医療・福祉の方向と宗教的ケアの展望..... 104

第1節 医療職としての公認心理師 ―宗教者の位置づけへの課題として .....	104
第2節 宗教的ケアの新たな地平.....	109

1) EPA 看護師・介護士との連携 ―多文化共生ケアと宗教的ケア .....	109
2) AI によるケアの可能性と限界 .....	112
<b>第6章 これからの看取りにおける宗教者の位置.....</b>	<b>118</b>
第1節 地域包括支援システム内での宗教者の位置づけ .....	118
第2節 日本型宗教的ケアのあり方と定着に向けた総括 .....	123
<b>結 論.....</b>	<b>128</b>
<b>謝辞 .....</b>	<b>134</b>
<b>参考文献 .....</b>	<b>135</b>
<b>参考資料 .....</b>	<b>141</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>144</b>

# 序 論

## 第1節 研究の目的

これまで、医療を中心に、病院での看取りケアが不十分であると指摘されてきた。それは、藤腹（2009）が言うように、終末期医療が医療従事者主体の医療となっていて、患者が主体的に死ぬことができないためである。このことは、筆者や、多くの看護師が共感できるものである。また、患者側からの看取りの臨床に対する見方として、終末期の告知を受けた患者の記録集、『最期をどう迎えるか』<sup>1</sup>からも言える。この著書の中で、病院死を選択しなかった理由に、「これまで病院で見かけた入院患者の顔から、自分がどう生きたいかと考えた」という死生観や、「好きな物を食べたい、外出したい、誰かにそばにいて欲しい」という生活を重視したもの、そして「(慣れ親しんだ自宅で) 安心して人生を全うしたい」などが挙げられていた。つまり、死ぬときは病院ではなく、自分らしく過ごしたいという患者の願望が背景にあるといえる。こうした「自分らしさ」を支えることも、重要なケアの一つであるが、現状では、医療従事者以外に、このケアを担当する職種がいいため、看取りのケアが不十分であるということになるだろう。このような医療の現状から、先行研究では、心理職や宗教者などのケアについて検討を重ねてきた。そうした先行研究を踏まえ、本研究では、患者の死生観を支持できる職種とされる宗教者を研究対象にし、日本の風土にあった宗教的ケアを目指すにはどうすべきか。また、特に仏教が営んできた心のケアの歴史や現在の潮流はなにか。こうした主題についての研究成果の報告である。さらに、先行研究からは、医療では、宗教者、特に僧侶が担う日本的看取りに期待があることがわかったため、本論考は、その僧侶の位置づけが基本的にどうあるべきかについても言及する。

本研究における宗教的ケアとは、宗教者が医療機関で行なうケア行為を指す。このケアに対する期待は、患者からというより、むしろ、医療従事者によるところが大きい。その理由は、病院では、治癒や寛解を支援する専門職は充足しているが、看取り、すなわち、患者の人生の最期を支える専門職は皆無に近いということが挙げられる。また、医療従事者、特に看護師は、終末期の患者の心のケアは重要であると認識しているが、多くの患者を受け持っているため、対応に要する十分な時間もなく、どのように対応すべきかわからないということも、宗教的ケアへの要請の理由に挙げられるだろう。

宗教者（キリスト教によるチャプレン）を配置した国内最初の病院（ホスピス）は、1981

---

<sup>1</sup> 2018 年、共同通信 生活報道部からの出版。自分らしい最期を迎えるために、最期の療養の場に病院外（特別養護老人ホーム、ホームホスピス、自宅、高齢者住宅）を選択した患者の事例を紹介した記録集。（pp.44～82）

年に開設された聖隷三方原病院がある。1992年には、長岡西病院が、緩和ケア病棟に、日本型の看取りを目指した僧侶の配置を行っている。キリスト教のチャプレンではない、このような僧侶の配置は、日本型看取りの嚆矢といえるものである。その後、2008年には、浄土真宗によってあそかビハーラクリニック（2014年、あそかビハーラ病院に拡張、以下、あそか）が、京都府城陽市に設立されている。

このように、病院での看取りケアの充実に、宗教者による実践を取り入れ、日本型として僧侶のケアに発展していったのである。しかし、現代の日本では、特定の宗派・宗教に帰属しない信仰形態が、人々の間で急速に進み、多様な宗教性へと変化してきた。そのため、日本的な看取りやケアは、必ずしも仏教である必要はなくなったのである。これに対応したのが、2011年 東北大学で創設された、宗教的ケアの実践者養成である。それは、公立の大学で宗教者の社会化教育を行なうもので「超宗派・宗教」という立場を取り、これまで以上に、宗教者の信仰を内面に閉じ込めつつケアにあたることがデフォルト（基本）とされている。2016年には、東北大学を始めとした、臨床宗教師養成講座を実施する諸大学機関の協力体制として、東北大学大学院文学研究科実践宗教学講座内に、一般社団法人日本臨床宗教師会が発足している。そして、2018年には、日本臨床宗教師会による「認定臨床宗教師」の資格認定が始まっている。しかし、長岡西病院のビハーラ病棟の設立から約30年となる現在まで、宗教者は、全国の病院、特に一般病棟での配置には至っていない現状にある。

そこで本研究では、次に述べる3つ視点からの検討を行うことで、宗教的ケアの今後の課題について提示したい。1) 医療における看取りケアの課題に対し、病院に宗教者（臨床宗教師ないしは僧侶）をどのように配置したらよいか。2) 「医療従事者が」求める宗教的ケアの条件について。3) 宗教的ケアを提供する主体についてである。三つの視点について、具体的に説明を加えると、一つ目の視点は、先行研究を踏まえた医療における宗教的ケアの必要性を改めて確認した上で、宗教者を職員として採用することや活用する病院の裾野が広がらない現状について、本研究では、医療側に問題があるのではないかと仮定している。医療が、宗教的ケアは必要なケアであると認識しながらも、積極的に導入しない背景は、一般の人々の宗教に対するイメージに配慮したものと考えられる。そのため、医療従事者間では、ステレオタイプ的に、仏教は死のイメージが強いため、僧侶を活用することは難しいと語られてきた。しかし、多くは、医療側の宗教的ケアに対する理解が深められていないことや、医療福祉政策での心のケアの位置づけに関連があるとみて、本研究では、これらの視点から論じている。

二つ目の視点では、仏教による宗教的ケアの一つのモデルとして、先述した「あそかビハーラ病院」を研究対象に医療従事者が求めるケアについて考察をしている。あそかを対象にした理由は、2008年の開設から現在まで、複数の宗教者の常駐配置を行ってきており、看護師と宗教者の協働のあり方が観察可能だからである。これまで、看護師や宗教者から、患者に対する宗教的ケアの有用性について、学会等で多く報告がなされてきたが、その核

心となる専門職性についてはこれまで具体的に提示されてこなかった。このため、あそかびハーラ病院で、宗教者の専門性に関するインタビューを行い、その結果には、看護師が宗教者に依頼したい内容と、実際に宗教師が担っているケアに、宗教者の専門職性が具体的に提示されていた。これは、他職種との区別に必要な自律性になると、本研究では、結論付けている。このことは、本研究の後半で論ずるが、宗教者の医療領域での資格化の検討にも有用と言え、常駐配置へと繋がる前段階での不可欠な検討であると考えている。

三つ目に、宗教的ケアを提供する主体という視点では、仏教的なケアの創出から、現在の主流である臨床宗教師の創設に至るまで、宗教的ケアの主体として想定されてきたのは、宗教者であるという点についての検討である。本研究では、医療での宗教的ケアの定着に関して、宗教的ケアは宗教者によるケアを前提としているが、現代の人が持つあらゆる宗教性や死生観は、一つの宗教に由来するものではないため、宗教的ケアを担う主体が、必ずしも、宗教者であることが絶対的条件にはならないと考えている。本文中で言及しているが、宗教者が受けたような社会化教育を、門信徒<sup>2</sup>も受講することで、門信徒も宗教者と連携した宗教的ケアを行うことができるのではないかと本研究では提案している。これについて、本文中では、台湾慈済会と、伝統仏教である真宗本願寺派教団を対象にして、門信徒による宗教的ケアの可能性についての事例研究を行っている。

本研究では、特に、台湾・慈済会の実践を詳細に検討しているが、これは、門信徒による宗教性を活用としたケアを、いわば社会的公認の元で活発に行っているという、日本ではほとんど見られない事例であるためである。このような、慈済会の門信徒による活動の詳細な検討は、新たな日本型宗教的ケアの構築に寄与するとみている。

さらに、本研究では、心のケアに関する医療福祉の動向として「新たな心理職のための資格の創設」、「外国人看護師によるケア」、「コミュニケーションロボット」、および「地域包括システム」をとりあげている。これは、現在の医療・福祉の動向から、医療における今後の宗教的ケアのあり方や、宗教者の位置づけを検討するために必要なものであると考えている。

なお、本研究では、本文中で、具体例の提示として、いくつかの事例を挙げているが、いずれの事例も、個人の特定を防ぐために、情報の一部を、事実と反しない程度に加工することで、倫理的配慮を行っている。また、第3章のインタビュー調査中に得られた事例に関しても、同様の配慮を行っている。

本研究では、主に医療の臨床を検討の対象にしているため、社会福祉学の分野では、比較的使用されない看護学・医学の表現があり、このような表現や専門用語については、初出の際に用語解説をしている。

以上を踏まえた本研究の目的を具体的に提示すると次の通りである。

---

<sup>2</sup> 一般には、信徒という表現が浸透しているが、本研究は浄土真宗の「門徒」を対象にした検討があるため、門信徒と表現している。門信徒という表現は、仏教の宗派を問わず、使用されることもあり、意味は、同じ宗派の一門に属して信仰を共にする人々を指す。

- ① 日本型宗教的ケアのあり方と、宗教者の常駐配置への課題
- ② 多職種と比較して宗教的ケアの優位性である専門性と、協働のあり方
- ③ 宗教的ケアにおける主体と門信徒による宗教的ケアの可能性
- ④ 終末期医療において、施設外ケアへと展開するための方法論

## 第2節 研究の意義

現在、日本での主な人の死亡場所は病院である。その割合は、2018年の80.8%をピークに、以降、約7割の横ばいで推移し、2016年の統計では75.8%となっている。病院死の背景にある死因別死亡順位では、1位は、悪性新生物（悪性腫瘍、いわゆるがん）であり、死亡者のおよそ3.6人に1人は悪性新生物で死亡している。今後、がん患者の主な受け皿となるべき「緩和ケア病棟」における死は現状では約9%に留まっている。これは、がんで亡くなる人のほとんどが、様々な苦痛を緩和することが目的である緩和ケア病棟ではなく、一般病棟で亡くなっていることを示している。一般病棟では、患者の入院生活全般に及ぶ、詳細な「入院規則」があり、患者と家族の行動を制限している。そのため、患者の心身を支えることができる家族の面会も、医療従事者の都合を優先させたものになっている。また、医療従事者は、治療方針の決定や療養に関して、本人と血縁家族の意思を従来から優先させているが、患者にとって、重要な家族は血縁とは限らず、医療従事者は、現代の多様性のある家族構成に対して配慮が不十分であると言える。本研究では、このような医療従事者による家族優先の考え方は、患者の療養に大きな影響を与えているとしている。

八木(2016)によると、1960年後半より、近代家族の形態として登場した核家族は、人々の生き方における価値変容に大きな影響を与えたという。現代の家族構成はさらに多様化した状態にあり、従来のイエと個人の結びつきはもとより、血縁家族と個人の結びつきに関しても、かつてより絶対視されておらず多様性のある家族形態となっている。また、2000年の介護保険導入を契機に、ヘルパーの援助で要介護者が自立して生活できるようになったことも、家族構成をさらに多様化させることになったと筆者は考えている。その変化は、病院でも、よく観察されてきているが、具体例としては、患者の入院時の付き添いや、身の回りの世話を行うキーパーソン（福祉領域で言う主たる介護者）が、血縁家族以外となることも多い。これは、婚姻の価値観の変容である、事実婚の選択や、ステップファミリーという新たな家族形態としての表れでもあり、同居家族に友人が選択される等の家族観の変容によるものである。こうしたことが、入院時の付き添いが、必ずしも血縁家族ではなくなっているのだろう。また、現代では、未婚や非婚による単身世帯の増加<sup>3</sup>も指摘

---

<sup>3</sup> 5年ごとの国勢調査では、生涯未婚率の算出を行っている。1995年では男性9%、女性5.1%であった。最新値は2015年の男性23.4%、女性は14.1%となっている。2020年分以降分は、内閣府の「少子化社会対策白書」が推計した値となるが、2040年では、男性



されている。こうした「家族」の状況は、イエに縛られない個人の価値観を優先できる反面、個人の基盤が不安定な状態にあるともいえる。このような現代の家族構成の変容を受けても、病院では、依然、患者に一番近い血縁を優先し、治療説明等が行われている。これは、医療が法的な家族関係を基本的に優先していることの表れであり、患者の個人間の結びつきは、血縁家族の了解が得られないと介入することは難しいのである。このため、患者の治療・療養にあたって、血縁家族を優先する病院と、多様な価値を持つ現代の人（患者）の間には、様々な場面で、行き違いも生じている。病院には、こうした医療従事者と患者の関係性を調整できる存在が必要であり、この役割には、宗教者を活用することも有用であると見ている。

さらに、現代の家族関係は、不安定な基盤にあるとも言え、終末期患者の孤独や不安を支える人が欠如しやすい要因ともいえる。また、生涯にわたり未婚であった独居の高齢患者は、やりたいことをやってきて充実した人生だったと話す一方で、孤独感を深めやすい傾向があった。そのため、以前にも増して、医療従事者が患者を支える必要性が高まっているものの、業務に追われ、患者の不安や孤独に対して、個別に対応することは大変難しくなっている。このように、独居を始めとした、あらゆる家族形態の補完的役割にも、宗教者はなり得る可能性がある。

また、医療従事者からは、終末期患者の孤独や死に対する不安に対し、宗教的言説が緩和することができるのではないかと期待され、こうした面からも、宗教的ケアの要請に繋がったと見ている。日本では、特に終末期医療の分野において、キリスト教が先駆的にケアに取り組んで貢献してきた。しかし、キリスト教信者が必ずしも多くはない日本では、「日本的な」看取りを創出する必要があるとして、学際的に検討され始めた。そこで 1985 年には、田宮仁がビハーラという用語を創設し、僧侶を活用したケアを構築したのである。

本研究では、僧侶による宗教的ケアの検討に、浄土真宗本願寺派教団の「あそかビハーラ病院」の僧侶と看護師を研究対象にして、宗教的ケアの意義と、医療における宗教的ケアのあり方について考察をしている。この検討からは、医療従事者が望む宗教的ケアと、宗教者の専門職性について明らかとしている。他に、この結果からは、あそかの僧侶が行う仏教的ケアは、現代における日本型宗教的ケアのあり方の一つとして提示している。

本研究では、僧侶によるケアと等しく、日本型宗教的ケアとされている臨床宗教師についても取り上げている。これは、東北大学によって創設された、超宗教・超宗派の理念で提供される普遍的な宗教的ケアである。つまり、宗教者の信仰を個人化（interfaith）することで、どの宗教者も同じ理念でケアに望むよう、宗教者を標準化したものである。こうした試みは、医療で採用しやすい宗教的ケアになるものと言える。本研究での、こうした宗教者によるケアの詳細な検討は、医療において、宗教的ケアの採用に弾みがつくものと考えている。

また、本研究では、日本的な看取りのあり方の一つとして、門信徒のケアを検討してい

---

は 29.5%、女性は 18.7%と予想されている。

る。この検討には、台湾の宗教団体である慈済会と、浄土真宗本願寺派を対象としている。これまで、日本における宗教的ケアは、宗教者によるケアが前提となっており、門信徒の参加についてはとりあげられてこなかった。しかし、2025年には団塊の世代の多死がピークになることから、終末期患者の看取りも不十分となることも予測され、その過程を充実させる必要がある。これには、僧侶より数が多い門信徒の宗教性を生かしたケアも有用であると考え、検討を行った。日本において、このように、門信徒を活用した宗教的ケアの提案は、本研究の独創的なところであるとしたい。

そして、今後、医療政策の影響で、宗教的ケアも、そのあり方が変容していくこととなると予想される。本研究では、心のケアの専門職としての公認心理師資格の創設、外国人看護師との協働、コミュニケーションロボットを挙げ、これらと宗教的ケアのあり方について考察している。特に、医療における公認心理師制度の導入は、医療が心のケアを全て心理職にゆだねてしまう可能性がある。これは臨床宗教師を始め、スピリチュアルケアに携わる職種に大きな影響を与えることになると見ている。

それは、あそかビハラー病院のインタビュー結果にある「患者側の死ぬことの怖さを汲んで欲しい」というあそかの臨床とは正反対の潮流であり、本研究では、心のケアの多様な選択肢との一つに宗教的ケアが存立する意義について、専門職性を中心に論じている。

本研究の意義は、以上の検討を踏まえた、医療での宗教的ケアの定着と宗教者の常駐配置の先にある、看取りの臨床の充実にある。

### 第3節 研究の方法

本研究は、先述した研究目的①～④を達成するための研究方法を以下に順じて説明を行う。

研究目的①の日本型宗教的ケアのあり方と、宗教者の常駐配置への課題については、関係する文献を渉猟し精査することで、仏教的ケアの先行研究や、その実践の沿革史料にみられる日本的看取りをめぐる解釈を整理することにより進められた。

本研究は、医療の臨床内に築くべき、宗教的ケアと看取りの文化を検討の対象にしている。そのために、筆者が保健師・看護師として臨床に携わる中、看取りの場面等で遭遇した困難な事例を、看護学の視点のみではなく、幅広い学際的観点から社会により馴染む形のケアを模索したいと考えたからである。それは宗教的ケアのあり方を検討し、その方法を構築するには、社会一般のコモンセンスとは乖離した制度の有する医学や看護学の立場からの分析では狭小化される恐れがあるからである。病院の看取りの文化には、これまで医療従事者の慣習だけで行なわれてきた方法がある。例えば、臨死にある患者を家族が取り囲み心電図がフラットになると担当医が命終を宣言するものがある。今日、患者家族から求められているものは、こうした殺伐とした風景ではなく、「血の通った」臨終のすがたである。以上のような理由から、本研究の検討では、参考文献や先行研究に、医療や看護

の分野よりも、より深みのある社会科学分野である社会学や社会福祉学、宗教学、民俗学等の文献を参考にしている。また、筆者を含めた看護師のケアを検討するため、看護学の関連文献も照合している。

研究目的の②多職種と比較して宗教的ケアの優位性である専門性と、協働のあり方の検討には、あそかビハーラ病院の看護師とビハーラ僧（終末期ケアを行う僧侶）に対して、インタビュー調査を行っている。調査では **single-case study design**<sup>4</sup>(単一事例研究)であり、インタビュー調査結果の検討には、語り分析を採用した。それは、宗教者が複数常駐する医療機関が寡少なため、その機関の特殊性を理解するには、数量的調査が可能な医療機関の数の増加を待たずに調査可能な質的な調査の方が、迅速かつ有用性が高いと判断したからである。その寡少な医療機関で、インタビューによる看護師の語りを検討することは、一見、間接的にみえるが、僧侶が宗教的ケアを行なう病院の特徴の一端を浮き彫りにすると思ったからである。なぜなら、あそかだけではなく、こうした医療機関では、宗教者と看護師は緩和ケアの医療チームとして連携し、患者のケアにあたっているからである。あそかでも、インタビューの補完として、看護師のケアに付き添うと、宗教者と看護師の連携するケアが多いことがわかった。また、このインタビュー調査では、看護師らの個々の事例を想定した語り内容の整合性のために、病院常駐のビハーラ僧全員にもインタビューを行なっている。

本研究は、患者に対するインタビュー調査ではなく、ケアの担い手である看護師をインタビューの対象にしている。その理由は、医療において、宗教的（仏教的）ケアの患者への効果、すなわち有用性については、多くの学会発表や先行研究がなされているが、患者が「どのような関わり方を希望しているか」という連続した経験を持つ看護師の意見をまとめた論考は、ほとんど見当たらなかった。このため、多職種に比較した宗教的ケアの優位性や方法について、論理的に実証できないままとなっていたのである。このような理由により、本研究では、ケアの担い手である看護師をインタビューの対象とした。他に、患者を直接インタビュー調査の対象にしなかった理由には、緩和ケア病棟の特殊性にもよる。現在、緩和ケア病棟に入院するのは、症状の増悪時や、臨死に近い患者であり、在院期間は比較的短期間であることが多い。また、あそかを始めとした、緩和ケア病棟の患者の入院から死亡退院までの期間は、平均1週間から10日であり、この時期は、体調に波もあり、会話ができないほどの状態や、寝ている（鎮静を含む）ときも多いためである。また、「患者のプライバシーの保護」という観点からも患者を対象とする調査が難しい医療分野の事情もある。患者の家族（遺族）へのインタビューも、患者の入院期間が短期ということもあり、宗教的ケアの効果を聞き取るのは難しいと考え、今回はインタビューの対象からは

---

<sup>4</sup> 主に、心理学の領域での研究法である **single-case experimental research design** とは異なる。本研究では、実験的という操作がないため、事例の経過を辿ったケーススタディとなる。

外した。

しかしながら、遺族を対象にした、宗教的ケアの効果について調査したものが、数少ないものの先行研究として存在する。一例には、あそかビハーラ病院の関係者らが執筆した『お坊さんのいる病院ーあそかビハーラ病院の緩和ケア』（2017年）の中で、宗教的ケアに関する遺族からの談話がある。本研究では、患者や家族の宗教的ケアに関する視点については、この本から援用している。このような遺族の視点による語りは、入院時の患者のニーズを推察したものであり、看護師に対するインタビューと同様に、間接的であるが、僧侶の宗教的ケアの一端を浮き彫りにすると考えたからである。なお、序論でも述べたが、第3章でのインタビュー調査では、具体例として、看護師から、いくつかの事例についての紹介があったが、いずれの事例も、個人の特定を防ぐために、情報の一部を、事実と反映しない程度に加工することで、倫理的配慮を行っている。

研究目的の③では、宗教的ケアにおける主体と門信徒による宗教的ケアの可能性に対して、台湾慈済会と真宗本願寺派教団の事例をとりあげた。慈済会での宗教的ケアや緩和ケアの実際については、現地台湾の教団本部と東京支部で見学を行なっている。また、本研究の過程で、生じた疑問や意見は、東京支部の委員らとの電話やEメールのやり取りを通じたパーソナルコミュニケーションやインタビューで補完した。さらに、本研究に関連する慈済会の出版物や資料の提供を受け、文献研究も行っている。真宗本願寺派教団の門信徒の宗教的ケアの活動については、教団の資料等による同様の文献調査、西本願寺真宗教団社会部への質問票の送付、電話によるインタビュー等による精査・検討を行ない、門信徒の活動の一端を明らかにした。

研究目的の④に対しては、終末期医療において、施設外ケアへと展開するための方法論では、政策に連動する終末期医療のケアを検討するため、主に関係省庁の通知や公布文書を始めとした文献研究が中心となっている。今後、医療における心のケアは、資格を有し科学的な方法で患者に対応する公認心理師が中心になることが予測される。この公認心理師の「医療専門職」の形成過程は、医療における宗教者の位置づけに関し、示唆に富むと考え、本研究では、公認心理師の成立過程を考察の対象としている。

## 論文の構成

本研究は、序論と結論、参考文献、参考資料を除いた、以下の6つの章から構成されている。

### 第1章 看取りをめぐる医療の現状と課題 ー看護師の行為という視点から

#### 第1節 現代における「死」をめぐる環境

#### 第2節 医療の周縁として認識される死

#### 第3節 誰が入院中の患者を支えるのか ーキーパーソンから考える

第4節 患者の「孤独」と医療の限界

第5節 医療従事者によって隠される死

- 1) 死にゆく過程から死への手続き
- 2) 死から退院に至る「隠す」作業の連続

## 第2章 仏教的ケアの歩みと先行研究の検討 ―自律性ある仏教的ケアを求めて

第1節 医療における「日本的看取り」の探求と仏教

第2節 仏教を主眼に置いたケアの先行研究と実践の沿革

第3節 新たな宗教的ケアの創出 ―臨床宗教師モデル

第4節 宗教者主体の宗教的ケアの検討 ―台湾・慈済会教団の信者の活動から

- 1) 仏教教団における信徒の活動
- 2) 会員数の展開と倫理的行動規範
- 3) 志業としての病院と信徒による宗教性を生かしたケア
- 4) 慈済会会員による慈善活動の動機の源泉と解釈

第5節 真宗本願寺派信徒の活動例から

- 1) 信徒による組織的な社会活動に向けて
- 2) ビハーラ活動の動機と実際
- 3) 社会活動における門信徒の心性 ―真宗教義を例として

## 第3章 医療従事者に望まれる宗教的ケアと宗教者の役割に関する考察

―あそかビハーラ病院・看護師のインタビュー調査から

第1節 インタビュー調査に至る背景と目的

第2節 宗教者に依頼する事柄とは ―宗教的ケアの自律性を考察する

- 1) 研究手法・調査対象者・調査期間
- 2) あそかビハーラ病院と僧侶の日常
- 3) インタビュー調査と分析
  - ・あそかビハーラ病院に勤務を希望した理由
  - ・死に関する話題と医療の限界について
  - ・看護師が考えるチーム医療のなかで僧侶の位置づけ
  - ・宗教者の参与による患者の状態が好転した事例について
  - ・病院における宗教者の配置に向けて

第3節 インタビューからの考察①―看護師による看取りの過程と倫理

第4節 インタビューからの考察②―宗教性を生かしたケアの複雑性

## 第4章 心のケアと宗教的ケア ―その再考と心理的な視点

第1節 宗教的ケアとスピリチュアルケア議論

ー医療におけるスピリチュアルケアとは何か

第2節 心のケアに対する心理的な視点

第3節「臨床宗教師」としてのスピリチュアルケア

## 第5章 心のケアをめぐる医療・福祉の方向と宗教的ケアの展望

第1節 医療職としての公認心理師 ー宗教者の位置への課題として

第2節 宗教的ケアの新たな地平

1) EPA 看護師・介護士との連携 ー多文化共生ケアと宗教的ケア

2) AI によるケアの可能性と限界

## 第6章 これからの看取りにおける宗教者の位置

第1節 地域包括支援システム内での宗教的ケア

第2節 日本型宗教的ケアのあり方と定着に向けた総括

第1章の「看取りをめぐる医療の現状と課題 ー医療従事者の行為という視点から」では、病院死をめぐる現状について検討を行う。医療の質を確保するために病院が行なう手技のガイドラインは患者の看取りケアにも適用され、それが患者に対する対応を無機質なものにしていた。さらに終末期の患者の孤独を支えるのに不十分な状況について、一般病棟の看取り環境と、看取りに関する医療者の認識、および看護師の日常業務としての看取りについての検討も行う。その過程で医師や看護師という医療者によって隠される「死」のケアの状況が明らかにする。

第2章の「仏教的ケアの歩みと先行研究の検討ー自律性ある仏教的ケアを求めて」では、現在では、新たな宗教的ケアの創出として、臨床宗教師も創設されているが、「患者の死の過程を支える医療として、日本的看取りに仏教的ケアを生かす」ことを模索してきた、医療や仏教の分野による先行研究の沿革と考察を行う。さらに、台湾慈濟会や真宗本願寺派の門信徒における具体的な宗教的活動の分析を行うことで、門信徒を主体とした宗教的ケアモデルの構築を試みる。これは、本研究の独創的なところである。

第3章の「医療従事者に望まれる宗教的ケアと宗教者の役割に関する考察ーあそかビハール病院・看護師のインタビュー調査から」では、患者が望む宗教的ケアのあり方を看護師らの視点から分析を行う。そこに宗教的ケアの方法論や宗教者によるケアの専門職性が示されていると言う側面から考察を行う。

第4章の「心のケアと宗教的ケアーその再考と心理的な視点」では、宗教的ケアとスピリチュアルケアの差異について、学際的に検討を行う。現在では、両者のケアはともに、医療に馴染む形で心理学化（*mentalizing*）<sup>5</sup>され、宗教者の行うケアも、医療的なスピリチ

---

<sup>5</sup> 大規模災害による被災者や被犯罪者、教育現場などの問題に対して、心理学を応用した精神分析により説明することを指す。

ュアルケアへと転換しつつある現状についても考察する。

第 5 章の「心のケアをめぐる医療・福祉の方向と宗教的ケアの展望」では、現在の心のケアに関係するとみられる、公認心理師の創設や、外国人看護師などの現在の医療の動向について考察を行う。特に福祉分野では、人員配置の負担軽減をはかるため、2018 年の介護報酬改定の中で、介護ロボット、AI の活用など IT 化を進めていく方針を明示している。このような政策が、宗教的ケアの今後に影響する可能性について検討する。

第 6 章の「これからの看取りにおける宗教者の位置」では、これまでの議論を振り返り、本研究の第一目的である宗教者の常駐配置への課題について整理している。それを踏まえた上で、新しい宗教的ケアの地平として、地域における宗教的ケアのあり方（教団モデル、病院派遣モデル）の 2 つの可能性を提唱する。最終章として、第 5 章における今後のケアの潮流を踏まえ、宗教的ケアの新しい地平を切り開いた臨床宗教師の資格化と、今後の日本型宗教的ケアのあり方についても総括を行う。

## 第1章 看取りをめぐる医療の現状と課題

### 一看護師の行為という視点から

#### 第1節 現代における「死」をめぐる環境

2017年の全死亡者数推計は、厚生労働省『人口動態統計の年間推計』によると、約134万人である。死亡の場所別にみた構成割合では1975年以降、病院死が主流<sup>6</sup>となり、その割合は2005年に82%とピークを迎え、現在は約7割を維持し推移している。

その病院死の背景にある死因別死亡順位<sup>7</sup>の1位は、悪性新生物（腫瘍）いわゆる‘がん’であり、全死亡者に占める割合は27.4%である。死亡者のおよそ3.6人に1人は悪性新生物＜腫瘍＞で死亡していることになる。その、がん患者主な受け皿となり、入院先である「緩和ケア病棟」における死は9%<sup>8</sup>に留まっている。

これは、がんで亡くなる人のほとんどが、様々な苦痛を緩和することが目的である緩和ケア病棟ではなく、一般病棟で亡くなっていることを示している。そして、治癒や寛解を目的とする患者と、終末期の患者が一つの病棟に混在することを意味している。それは、医療職には、こうしたケアする方向性の違う患者を受け持つことであり、患者では、退院する患者を目の当たりにし、そのケアに多忙な看護師らを眺めるという環境である。そのような環境の一般病棟が、今や、主な死亡場所になっている。そして、死が自宅から病院に転換したことは、「死」の過程を観察する人が、家族から医療者に代わったことを意味する。そのため、地域や家族で共有されてきた私的な「事柄」だった死や死にゆく過程は、医療者間で共有される「情報」となった。特に一般病棟では、家族に伝える患者の様子は、医療従事者間で共有されている、数値化された身体情報が伝達の中心となっている。患者の心の状態は、家族に不安を与えないためとして、医療従事者から伝えられることも少なく、限られた面会時間内での会話で察するしかない。

死にゆく過程でも、死の間際は除いて、一般病棟では面会時間が限られているために、家族でさえ、人の死がどのように経過していくか可視化されにくいものとなっている。まして、家族以外の友人や、地域の人になると、死はその事実と葬儀の日程という「情報」のみが伝達される状態になる。時には、家族葬という形で葬儀を行うことで、死者との面

---

<sup>6</sup> 厚生労働省『平成20年人口動態統計年表（確定）』の死亡場所統計により、在宅死が病院死を上回ったことを根拠に「病院死」が主流とした。

<sup>7</sup> 平成30年(2018)『人口動態統計月報年計(概数)』の概況

<sup>8</sup> 国立がん研究センター統計では、死因の1位であるがん患者の死亡場所(2013)として一般病棟57.8%、拠点病院23.8%、自宅9.4%、緩和ケア病棟9%となっている。



会を拒否されることもあるため、死がますます人目に触れなくなっている。

人が死に向かうプロセスは、死にゆく本人には、残りわずかな期間で、改めて生を再構築する期間となる。その経過で生ずる葛藤や悲哀、感謝などの感情の交錯や、変化する体の様子は、残される人には、死生学習<sup>9</sup>の場となり得る。しかし、現代では、その経過を最も多く観察しているのが医療従事者であるため、医療従事者の死生学習の機会となっている。そして、この学習の成果の積み重ねによって、終末期医療における心のケアのあり方や、病院での非医行為となる死に対する作法を作り上げているのである。これが、現代の死と死にゆく過程の標準モデルとなっている。このような、病院死と死にゆく過程は、一般には知られることのない、医療従事者による効率や都合が優先された方法と、死に対する価値観を背景とした「医療文化」となっている。そのため、入院患者やその家族は、戸惑いや無機質さを感じることもあるようである。まして、住み慣れた家や家族から離れ、これまで縁のなかった医療従事者に、見通しが不安定な身体を預けることは、大きな不安要因となろう。

医療従事者、特に、看護師は、多数の患者を担当しているため、患者の身体的ケアに優先順位をつけ、標準的かつ効率的な方法でケアを行っている。そのため、心に関するケアは、身体的ケアに付帯して行われるか、残余の時間で行われることになる。この効率的で、医療的な価値観で運営されるケアの営みが、先に述べた「医療文化」である。医療における標準化は、入院生活に関することから始まる。病院から支給される寝衣、私物の持ち込み制限、病院での食事時間、および生活習慣などを規制である。これらの規制は、明らかに回復が見込まれる時や、短期間の入院であれば順応しやすいが、治癒の見通しがつかない、もしくは、終末期である患者においては、病との向き合い方も変えてしまうことが多い。このような環境の一律的標準化は、治癒の促進に必要な措置としての側面もあるが、主たる目的は、医療者における業務の効率のためであり、このような一律的な標準化の強制は、患者の脱人格化に繋がっているといっても過言ではない。

標準化のその他の例には、病棟区分による看護師の配置数<sup>10</sup>もある。この病棟区分は、疾患別や治癒過程によるもので、設定された入院患者数に対して、必要な看護師配置数が医療法によって決定されている。あくまでも、内科や外科などの主になる病態や、急性期や回復期などの療養過程別に、必要看護師を数値化したものであるため、入院する患者の实体とはそぐわないこともある。例えば、入院前から認知症状を有する骨折の回復期（リ

---

<sup>9</sup> 死と死にゆくことの意味、死別に関する教育（death education）をいう。アメリカでは、看護・医療のカリキュラムに組み込まれている。この教育が定着していない、日本において、アルフォンス・デーケン氏は、先駆的に「死の準備教育」として表現し、取り組んだ。本来、生から死への準備教育という意味が含まれているため、現在では、学際的な死生学に関わる分野からの提唱により「死生」と「死の」の併用をしている。

<sup>10</sup> 医療法に基づく人員配置基準。病床区分による配置基準の制定がある。例としては、患者7に対し看護師1人という基準があり、それによって入院基本料が決められている。7：1として病院が病床区分を申請している場合、拘束される人員配置である。他に区分によって10：1などがある。

ハビリ期)にある高齢者という事例を挙げる。認知症状のある患者は、入院による環境の違いに順応できず、認知症状が一時的に悪化することが多い。そのため、急性期の臥床安静時は、ベッドから常と呼ばれ、回復期には、歩行すると言った危険な行動がみられる。このような患者の状態は、安全のために、常に見守りや付き添いが必要となるが、回復期病棟は、急性期病棟よりも、看護師による多くのケアを要しないため、看護師は数少なく設定されている。そのため、想定外の出来事（急変や転倒など）や、認知症状の悪化した患者の対応は著しく困難になる。このような実体と標準化に相違がある状態は、看護師だけでなく、患者に対しても弊害が生じている。それは、本研究のテーマである患者の「心」への弊害である。入院にあたっては、疾患の重症度や社会的背景によって、患者の心に大きな負担や葛藤が生じることもある。先に述べた事例の高齢者も、環境の違いから焦燥感などが生じ、認知症状が悪化したと推察されるが、職員も本来の業務の合間に対応しているため、認知症状の悪化した患者の心に向き合うには不十分であるといえるだろう。他に、疾患の治療過程において、自覚的軽快感が持てないことにより、「本当に治るのか」「ちっとも良くならない、悪性じゃないのか」などと言われ、塞ぎこみがちな患者もいる。言葉として表出された場合は、具体的に説明を尽くすことができるが、仕事復帰や、家族に対する役割喪失など社会性に関連した不安などは、表出されないことが多い。入院が長期化することに比例して、不安や葛藤の背景が変化していくが、標準化された配置基準の看護師は、毎日のルーティン（標準）業務をこなすことが精一杯で、患者の心の状態に気づいていても、向き合う時間の確保もできない状態にある。そのため、「看護師さん、忙しそうだから」と、患者は困惑し、感情を表出することはなくなるのである。深刻なのは、一般病棟における終末期<sup>11</sup>の患者であり、個別性のない病室で、「こんな状態で生きていてなんになるのか」「死んだらどうなるのか」といった終末期特有の気持ちを、身体的ケアを優先する看護師らによって、問いがケアされないままに過ごして亡くなっていく現状である。

病院のケアの標準化は、一律同じような質の医療が提供できるという点では患者にとっても利点となろう。ただし、病院環境における全ての標準化や、身体的ケアの優先は、療養環境において配慮されるべく個性や、療養に伴う心理に対して十分に配慮をすることができなくなっているのである。

以上、ケアの標準化における患者の心への影響について言及したが、それは医療が、標準化した方法で成立している営為であり、病院におけるケアは、その手順を実施する場所である。そのため、「個性のあるケア」を唱えても、標準化された方法から大きく外れることは少なく、極めて狭い許容範囲内におけるケアを、個別的なケアとしているに過ぎない。これは、一般病棟における終末期医療も例外ではなく、医療従事者の効率や合理性に

---

<sup>11</sup> 厚生労働省による「終末期」について厳密に定義はない。臨床では、医師が客観的な情報を基に、治療によって回復が期待できず、死期が予測され迫っている状態を指す。概ね、6か月以内の患者が身体的状態から入院することが多い。

よってケアは展開されており、看取りの瞬間まで、医療従事者主導で行われる。しかし、看取り後は、非医療的な要素が大半を占めるため、基準看護の観点から除外されるのである。そのため、遺体の取り扱い方から搬出まで、医療従事者の死生に対する価値観が反映されている看取り作法を、独自に構築してきた。これは、医療的行為とは言えないため、死の文化的な行為、すなわち、医療文化ともいえるだろう。次節以降では、医療従事者の死生に対する価値観を反映した医療文化について、筆者の臨床経験も踏まえながら、詳細に検討を加えていきたい

## 第2節 医療の周縁として認識される死

医師や看護師等が病院で行う実践は「医療」行為である。この「医療」については、医療従事者は概ね「医学の臨床応用」とであると解釈している。広辞苑第7版では、『医術で病気を治すこと。療治、治療』としている。すなわち、医療とは医術であり、臨床での「医学的な行為」であるため、医療従事者による医学の臨床応用という理解と相違はない。医学の臨床応用の場である病院の目的とは、言うまでもなく、医療従事者の医療行為によって、治癒を目指し、可能な限り人の生を存続させることである。しかし、1975年頃より、人の死が自宅から病院へと転換したことを受けて、治癒が見込めない疾患の療養や、死までの期間も、医療の対象になったのである。そのため、医療従事者は死にゆく患者に対する医療の目的を設定することが必要になり、症状の緩和を終末期医療の目的にしてきた。しかしそれは、主に、身体に特化した症状の緩和であり、終末期特有の心の緊張状態や不安定さを緩和できるような個別的なケアに関しては、各医療機関任せにしている状態にある。言い換えれば、心のケアを担当する職種の配置義務がない一般病棟では、患者の心のケアは看護師がしており、その対応には葛藤や苦悩が生じている。本来、終末期医療での患者は、緩和ケア病棟のように、患者に対する看護職員の手厚い配置や、医療従事者以外の多様な職種で構成された病棟で療養することが望ましい。しかし、今後の医療の方向性は、団塊の世代である後期高齢者の看取りに対応できないことや、現在の後期高齢者の多死以降の病床のあり方などを勘案し、緩和ケア病床の増床に取り組む予定はない。そして、病院での入院は、「症状の増悪や急性時」、本来の医療の目的であった「治療を要する」場合に限定してきている。このため、すでに、緩和ケア病棟の入院でも、病院外での療養を基本とし、急性増悪した場合や、極終末期の患者の受け入れのみの傾向になってきている。よって、現在は、緩和ケア病棟の大幅な増床はないために、がん患者は、一般病棟ですら、療養することが困難な状況にあるといえる。このような医療施策は、これまでより増して、死は医療の周縁という認識を助長させることになるであろう。

以下は、2020年の全国の緩和ケア病床数（表1）である。

表1 全国緩和ケア病床数

都道府県	施設数	病床数	都道府県	施設数	病床数	都道府県	施設数	病床数
北海道	21	474	石 川	3	58	岡 山	8	150
青 森	3	60	福 井	3	60	広 島	12	212
岩 手	7	143	山 梨	1	15	山 口	6	155
宮 城	6	120	長 野	7	143	徳 島	3	64
秋 田	2	47	岐 阜	6	130	香 川	3	56
山 形	3	47	静 岡	4	117	愛 媛	5	115
福 島	7	129	愛 知	19	391	高 知	7	86
茨 城	11	226	三 重	9	194	福 岡	37	725
栃 木	6	114	滋 賀	5	88	佐 賀	5	94
群 馬	6	122	京 都	15	303	長 崎	5	126
埼 玉	21	420	大 阪	31	717	熊 本	16	312
千 葉	19	404	兵 庫	24	501	大 分	8	130
東 京	32	648	奈 良	4	61	宮 崎	4	84
神奈川	23	459	和歌山	3	48	鹿児島	8	170
新 潟	7	165	鳥 取	4	80	沖 縄	6	153
富 山	5	93	島 根	3	58	全国計	453	9267

日本ホスピス緩和ケア協会（2020年11月15日現在）

人の死が在宅であった1975年頃までの医療とは、基本的に、治癒、回復を前提とする治療中心に運営されてきており、医療従事者と患者に共通する最終目標は、軽快退院である。そのため、その前提にそぐわない患者の死は、医療従事者にとって、望ましくないとの認識のもと、治療やケアは進められてきた。これが、いわゆる過剰な延命や救命処置に繋がっていったのである。

これは、一貫して治癒や軽快が医療の目的であると、医学・看護教育の中で培ってきたことによるものであり、その結果、臨床での‘死は生の例外’とする医療風土を築いてきたのである。このことは、医療が看取りを担う中心的役割になった以降でも、さほど以前とは認識は変わっていない。これは、依然、緩和ケアや終末期医療での医学・看護教育も、身体的援助に関するものに大きく比重を置いていて、心のケアについては「傾聴し、寄り添うこと」といった記述や、チーム医療で臨むことと言うに留まっていることも要因である。教育が身体的援助に留まることは、臨床における死についての考え方にも影響し、心のケアについては、二次的なケアであるという認識に繋がる恐れがある。チーム医療における協働についても、職種についての具体的な言及はないため、チーム医療内での役割分担や、各々の職種に関しての理解は深められないものとなっている。

このように、医学・看護教育では、身体援助について治療やケアが、圧倒的な割合を占めているが、今や、病院死が8割弱の現状を背景とした終末期医療に関しても、同様に、身体にのみ着目した偏った教育をしていると言わざるを得ない。そのため、卒業後、病院で、患者の死に行く過程の関わり方に、困惑や葛藤している状況を、筆者も多く観察してきた。また、卒業後間もない看護師の多くは、看護師になるまでの人生において、人の死を経験したことがないことも多く、病院で患者が亡くなるたびに、不全感を持ち、離職していくことがある。それでも、大多数の看護師は、臨床での死にゆく患者のケア経験を通して、個別性の強い心のケアのあり方を模索し、自分なりにケア方法を構築していくのである。それでも、多くの事例経験を経ても、死に対する感情を麻痺させていくこともある。

この葛藤は、一般病棟の看護師のほうが、悔いとして強く持つ傾向にある。それは、緩和ケア病棟同様、多くの患者を看取る場となっている一般病棟では、終末期の患者と同時に、様々な病状の患者を多数受け持っていることにある。地域の民間病院になると、同じ病棟に、終末期の患者と急性期の患者が、一時混在することもある。急性期の患者では、突発的な死という、それこそ「例外状態」を招かないために、数多くの訪室と観察を行っている。そのため、看護師の「死」に関する意識は「死にゆくことが避けられない患者の死」と「例外状態である死」を、無意識に同列に考える傾向がある。

一方、寛解期にある患者は、急性の状態から脱しており、自立を目指す状態のため、看護師による観察の機会が急性期よりも少なくなる。終末期の患者でも同様に、身体症状が強く出現していれば、訪室や医療従事者の観察の機会は増えるが、落ち着いていると訪室は少なくなる。このように、看護師は、例外状態となる死を避けるべく、身体援助を優先させて、訪室行動しているのである。これは、一般病棟で従事する看護師らの行動特性である。医療従事者が、身体における急性的、あるいは、劇症的な症状を持つ患者を優先することは、医療においては当然であり、それ以外の、日常生活におけるケア中心の患者は、一般病棟から、目的に合った施設へ転院となるか、介護士へケアを委譲することが多い。

精神的なケアについても、自殺企図や急性精神症状等の例外を除けば、一般病棟では、身体のケアが優先される。そのため、終末期の患者に特有な心理に対するケアが、不可欠であると認識していても、限られた勤務時間の中では、ケアとして十分、関わることはできない。このように、一般病棟では、心のケアが必要な患者や、終末期特有の心理状態に対し、患者と向き合う時間が必要であると十分認識しながらも、訪室することすらできない現状にある。そのため、終末期の患者は、「治らない自分」が治癒や軽快退院していく患者の多い、一般病棟に在ること、疎外感を深めていく状況になる。こうして、終末期の患者は、自身の存在が、一般病棟での例外的存在であると、自覚することになる。患者の家族にしても、治療ベースで進む病棟内に在ること、疎外感や虚無、悲嘆等の心理状態に陥りやすい。例えば、「ほっておかれているのではないか」「あまり来てくれない」「痛いと言っているのに、なかなか来ない」など、医療従事者に対する不信感や怒りの感情に繋がることは、これまでの看護師経験から観察されてきたことである。一般病棟の看護師に

とって、患者や家族とのこのような気持ちの行き違いは、不本意なことであり、看護師の心も疲弊していく結果に繋がるのである。

### 第3節 誰が入院中の患者を支えるのかーキーパーソンから考える

医療従事者にとって、患者の入院生活全般を継続的に支えてくれる人は、その回復には、重要な存在である。このような人物を、福祉領域では「主たる介護者」とするが、医療従事者では、「キーパーソン」と呼んでいる。医療におけるキーパーソン役割は、患者の生活面（洗濯や買い物から支払い等）の援助や、治療方針の決定への参与などがある。

キーパーソンは、主に、患者の入院時に病棟で最初に行うアナムネ聴取（患者情報の聴取）<sup>12</sup>の際に決定される。聴取項目は、入院中のケアに必要な情報である。例えば、身体情報として、入院に至る経過と入院時の自覚症状、病歴、持参薬などがある。他に情報聴取項目として、家族構成、家族の病歴の聴取などがある。家族の病歴聴取は、キーパーソンに適任であると思われる家族の一人を患者とともに選定しても、患者の入院生活や治療の決定に継続的に関わることができるかどうかの判断材料にもなるからである。その他、医療機関によっては、学歴や信仰する宗教の有無などの項目もある。これは、患者を身体情報だけで判断するのではなく、患者を、あらゆる背景や要素を合わせ持った統合体として理解するためである。すなわち、個別性を配慮した看護を提供する際に必要な情報となる。こうした多方面にわたる入院時情報は、看護師らだけでなく、患者に関わるあらゆる医療者が共有し、治療やケアの決定に役立つのである。

筆者は、このアナムネ業務に長く携わってきたが、介護保険導入の2000年以前は、高齢者の入院には、家族もしくは近い親族をキーパーソンにすることは、医療従事者間において、当然のことだった。しかし、介護保険導入が契機となって、介護は外注することができるようになったのである。これにより、高齢者は単身での生活も可能となり、家族は高齢者と同居することや、通いで介護する負担も軽減することができたのである。このように、政策は、人々の生活様式に変化を生じさせ、それに伴う形で、人々の意識も変えてしまうのである。そのため、医療従事者は、一般の人との考え方に、大きな差異が生じないよう、社会の動向にも目を向けて、配慮に努める必要があるといえる。

例えば、現代では、同居人が必ずしも、血縁家族や婚姻による結びつきではない「家族」も増えてきている。このため、高齢者に入院に限らず、キーパーソンが必ずしも血縁家族ではないということが急速に増えてきている。これは、社会における多様な価値が、新たな文化形成や、家族のあり方にも影響を与えているものといえるだろう。

落合（1994）は、近代家族の特質として、夫婦性別分業（家内領域、公共領域）、非親族の排除などを挙げている。しかし、戦後には、様々な社会的要因から、近代家族が持つ価

---

<sup>12</sup> 病歴、既往歴。ドイツ語の *Anamnese* に由来している。患者の家族に聞くことを「アナムネをとる」「アナムネーゼ聴取」という。看護で多用されている表現。

値観に変化が生じたことで、八木（2021：28）は、近代家族の形態は崩壊し、家族は大衆化へと変質したと述べている。このことは、出産に対しての選択肢を可能にしたことや、生涯契約ともされた結婚に関しても、離婚、生涯非婚などの価値を人々に与えることになったのである。その結果、従来からの家族形態の他に、入籍を伴わない家族形態や友人との同居、家族が常に同居することはない単身赴任や、デュアルライフ（二拠点生活）など、土地や人との私的な結びつきが「家族」とされる形態が創出されてきている。このような近代家族の価値によらない現代の家族のあり様は、パーソナル・コネクトファミリーであり、「現代家族」の一つの特徴ともいえるだろう。そのため、医療が従来からの血縁家族を重視することは、一般から大きく乖離してしまうことになり、患者の療養にも影響を与えることになるといえる。

また、現代家族における単独世帯の増加では、総務省の白書<sup>13</sup>によると、特に高齢者の単独世帯の増加は2000年の約15%から2040年には40%まで上昇すると予測されており、単独世帯の社会的孤立が課題となる。こういった高齢者単独世帯の増加の背景は、離婚や非婚などが背景にあり、入院時のキーパーソンには、患者との関係性が薄いとみられるが、姪、再婚した夫の子（血縁ではない）、近所の人などがなっている。特に、介護保険の導入からは、入院時の付き添いが必ずしも家族ではなく、ヘルパーさんであることも多くみられるようになってきた。このように、家族構成が前述したように、多様性に富み、また、複雑化しているために、治療方針の決定やケアでは、説明と同意を得たとしても、責任の所在について医療従事者は不安に思うことも多くなってきた。特に、病状説明に関して、遠方の家族と、患者が希望したキーパーソンに複数回、説明を繰り返すこともあり、双方の違う意思決定を受けることで、調整を要する事案も多く出てきている。このため、医療従事者は、こうしたキーパーソンと治療の決定を行うため、スムーズに行かなくなっている。この解決に、治療方針の決定をする人、患者の身の回りを支える人など、精神的に患者を支える人など、複数のキーパーソンの設定を行っている。すなわち、福祉領域の「主たる介護者」と同意語である、病院内のキーパーソンには、現在「主たる」人の設定はできない事態となっているのである。

以上のような状況では、調整を行い治療方針の決定を行うキーパーソンが確定したからといって、必ずしも患者の入院生活の精神的な支柱にはならないことも、多く観察されてきている。例えば、高齢者の入院では、在宅時に身の回りの世話をしてきたヘルパーには、キーパーソンとして、それなりの依頼はできるが、入院生活における患者の孤独や不安の解消にはなりにくい。例えば、「迷惑を掛けたくない」と遠慮していたが遠方の息子に会いたいと涙を流すこともあった。特に、終末期の患者の背景に、単身者、他府県に家族がいる、家族と疎遠となっているなどがあった場合、深刻なうつ症状をきたすこともあった。

---

<sup>13</sup> 総務省『平成30年 情報通信白書 第1部』第4章

## 第4節 患者の「孤独」と医療の限界

前節で述べてきたように、多様性のある家族構成の変容は、現代における価値観を投影したものである。介護保険導入以前は、入院時は「家族」の付き添いが基本とされ、病状の説明や退院までの見通しについて伝えてきた。しかし、最近では、「〇〇さん」と患者を氏名で呼ぶことや、付き添いの人の年齢から、患者との関係性の推定が難しい人が付き添ってくることも多くみられるようになってきているのである。また、高齢者の入院時付き添いがヘルパーであることが多く、以前は入院と同時に、家族に行われてきた患者の病状説明は、後日行うことが多くなっている。

アナムネ聴取の際に、ヘルパーや近所の人が付添いで来院する理由について、聞いてみると、家族が遠方に居住している場合や、家庭の事情、そして先述したような単独世帯という背景によるものが多かった。そのような理由をあげた患者は、入院中を通して、家族の来院はないまま退院に至っていたことも多く見られた。患者にとって、ヘルパーは、日常的な世話を受けていることから、精神的に頼りにしている部分もあるが、それは信頼にすぎず、心の「より所」になることは少ないだろう。また、ヘルパーの来院は、身の回りに関する世話（洗濯物、必要物品の購入など）を要した場合に限定され、普段では面会がないことが多かった。このように、面会が少ない患者、特に高齢の患者では、病院の一律的な環境から、生活の全てに受動的になり、認知症を併発することや、制限のある環境の下で、運動機能の低下を招き、寝たきりに至ることもある。

また、深刻な例では、医療従事者以外の訪室がないと、人との日常的な会話の機会がなくなり、生きる気力の喪失に繋がることもしばしばあった。当初、死に至る病ではなかったはずの入院でも、生きる気力の低下から、死に至る終末期に緩やかに移行していく高齢患者を多くみてきた。一般病棟でも、徐々に衰弱していく過程では、「もういいよ。お迎えを待ってるの」「そろそろ、お父ちゃんのところ行くわ」などの死を意識した発言も見られることもあった。

第2節で述べたように、看護師は、一貫して治癒が医療の目的とした医療者教育を受けており、死に関しては、あつてはならない論外なことという認識を持っている。そのため、患者が死を意識した発言も、禁句とみなし否定するのである。例えば、これまで、人の死を見る経験がほとんどなかった、卒後間もない新人看護師は、精一杯の励ましとして「頑張って長生きしないと」「そんなこと言わないで」と対応するのだが、患者からは「もういいわ」と返答され、以降、必要な会話以外のコミュニケーションは途絶えてしまっていると、返答に関する相談を受けたこともあった。

疾患による終末期ではなくても、高齢者は、入院を機会に、「できないこと」が連続すると、悲嘆に繋がり、ひいては死を意識した発言をすることがある。そのような患者の発言を否定する医療従事者の心理としては、生を前提とした声掛けが、治癒への促進になると信じられていることであろう。中には、こうした死を想起させる会話に苦悩し「なんて言



っていいのかわからない」と、患者を避ける看護師がいたり、大規模病院の看護部長から相談を受けたこともある。

多くの看護師は、このような状況に際し、学習によって得られた「傾聴、共感、寄り添い」といったケアによって対応している。しかし、このケアの方法は、個人的な感覚やスキルに任せたもので、極めて抽象的であることから、一時的な関与方法としてこのケアを活用すると、現状の改善にはつながらない。このケア方法は、多くの時間を割いてこそ、有効なケアとなり得るのである。現状の余裕のない業務形態では、看護師に多くの内省と苦悩を残すだけであろう。

患者に対応する十分な時間の無い中で、傾聴や寄り添いといったケアがいかに困難かを示す事例を以下に紹介する。この事例は、筆者がかつて経験した事例であり、先述したような単身世帯の高齢者で、キーパーソンはヘルパーである。事例は、個人の特定を防ぐために、情報の一部を改編し、倫理的配慮を行っている。

#### 【S 氏の事例】

- ・ 70 代、独居女性
- ・ 腰痛のため通院してきており、この度の入院も急性腰痛（保存的治療目的）
- ・ 入院時付き添いはヘルパーさん。独居で、血縁家族は実施の長男のみ。交流はほとんどない様子。
- ・ 既往の一つに、うつ状態がある。

アナムネ聴取では、入院となった身体症状に関しては、痛みは自己制御可能の範囲であった。キーパーソンは、近隣に住む友人やヘルパーさんを挙げ、いわゆる血縁家族である実子の長男については連絡先を知らせるのみだった。長男は、近隣に居住している様子だが、普段からあまり会っていない様子で、その状況について多弁に語った。この度の入院については、ヘルパーさんが、長男に伝えるということになった。入院中の長男の面会は数日に 1 度あったが、短時間の滞在のため、看護師も長男の来院を確認できることは少なく、S 氏のベッドサイドにお菓子などの持ち込みがあることから、S 氏に長男の来院の確認をしている状態だった。入院当初には、気分の抑揚も軽度みられ、言葉少ないこともあったが、入院期間は、概ね落ち着いていたといえるものだった。

1 か月の入院を過ぎたころの夜勤帯で、夜の痛み止めの服用直後に「もう、痛くてしょうがない。こんなに痛いんだったら死にたい！」などの感情的な発言を受けた。しかし、筆者は、痛みよりも、感情の高揚についてケアしなければならないと考え、ケアに傾聴を選択したのである。理由は、内服直後のため、現段階の疼痛の程度がアセスメントできないことと、痛みがあると訴えている最中も、ベッドサイドではスムーズに移動していること、夜の内服までに、疼痛の憎悪に至るような転倒などのアクシデントもなかったためである。加えて、入院 1 か月を経過したあたりから、時折「死にたい！」と言うこともあり、その

時の対応としては、看護師らが、しばらく S 氏の話の傾聴することで落ち着くことも多かったからである。また、死にたいという背景には、数日に 1 度の長男の面会が、しばらくなかったことも背景にあるのではないかと考えたためである。

S 氏に対するケアには、傾聴することが優先されるべきだと考えたが、少ない人員での夜勤中であり、術後の患者や、緊急な対応（認知症の患者が階下に行こうとしていた）もあったため、椅子に座った落ち着いた環境で、傾聴することはできなかった。しかし、立ち話でありながらも、症状について傾聴し、病気や自分の現状に対する思いなどを聴くことで、落ち着きを取り戻したので退室した。そのあとに、眠前薬を配薬した時は、先ほど同様、落ち着いた様子で就寝準備をしており、筆者に「おやすみ」と表情良く言ったのである。定時巡視ではよく入眠している様子であったが、早朝 6 時頃、3 階の自室から、2 階の広いベランダのような所に自ら降りたような様子で倒れていた。結果は、命には別条はなく、後日聞いたところによると、多弁で話が散逸しながらも、趣旨としては「長男に会いたい」ための行動とのことだった。

このような事例の検討は院内では、もちろんのこと、事例の深刻度によって必要な調査機関や学会等各方面によって検討が行われる。転落や医療事故では、現在では医療の安全対策として医療事故調査制度<sup>14</sup>に基づき、第 3 者委員会における検証作業も義務づけられており、医療者も院内事故に関しては細心の注意を払って、環境改善などに努めている。しかし、今日の多様化している家族構成や、独居世帯の増加などに関連した、孤独や孤立、人との紐帯の流動性は、医療従事者の尽力や、調査委員会だけで改善されることは難しい。

この事例のように、子世帯が近くにありながら独居という例は、現代において珍しくない。既往にあるうつ症状は、注意すべき点であったことは否めないが、今回の一番の要因は、入院による環境の変化が考えられた。入院により、地域コミュニティから離れたことで、疎外感や孤独を感じていたところに、他の患者には、子どもが頻回に面会に来るのに、自分の息子はあまり来ないということも、それに拍車をかけたであろう。すなわち、自分の置かれている現状や、長男との関係を再認識したことにより、精神症状の悪化を招いたことも要因の一つであろう。もちろん、疼痛の出現が、患者の葛藤をより深めたことも、この度の行動に結びついたのでないかと、事後に筆者は考えたのである。

現医療体制では難しいとしても、S 氏にとって、せめて、一番傍にいる医療者が、より所となれるような関わりを持つことが理想的であった。しかし、特に人員の少ない夜勤体制であると、多くの患者を一人の看護師が受け持つ中での対応となり、個別的に十分な対応をすることは難しい。昼間体制であっても、受け持つ患者の処置や検査誘導、食事介助、記録、カンファレンスなどルーティン業務に追われ、患者と「向き合う」ための十分な時

---

<sup>14</sup> 2014 年の医療法改正により創設された制度。医療事故が発生した医療機関において、まずは院内調査を行い、その結果、調査報告を第 3 者機関に行い再発防止に努めるよう、医療法で位置づけた。医療機関は、医療事故発生に伴う報告システムや院内調査の体系を整備することが求められている。

間の確保はできない。そのような業務体系に置かれる看護師に「気づくこと」「できること」を期待するのは、昼夜問わず、実際難しいことなのかもしれない。

今回、S氏が訴えた「痛み」を、内服等では解決しない「心の痛み」として気づくことにより、十分な寄り添いができていたら、鎮痛可能な痛みに変化したであろう。しかし、現状では、勤務時間中の十分な寄り添いは、不可能なため、時間外の退勤した時間を活用するしかない。時間外におけるそのような個人的な行動は「標準的な」行いを基本とするチーム医療から逸脱する行為とみなされ、多数の医療者、特に同僚看護師からの賛同は得られにくい。例えば、筆者の経験を一例に挙げると、救急搬送の患者に救命処置を行ったが蘇生しなかった事例があった。この患者に付き添ってきた中学生の息子は「何でお母さんは死んだの?」と大きな声で泣いた。筆者は、お母さんが死んだ理由ではなく「なぜ、自分のお母さんは死なねばならなかったのか」という理由で混乱している様子に見えた。このため、自分の業務を中断し、息子にコーヒーを淹れ、しばらく横に座ることにしたのである。翌日、この件は看護師の標準的な行いから逸脱したとみられ、このような行動は控えるよう病院に伝えられた。理由は、看護師は死に接することも多いが切り替えて通常業務に戻ること、生きている患者（その他の患者）の身体的援助が最も優先されること、全ての看護師に同様の気持ちがあるが現状ではできないので諦めている（あなたがすると皆がしなくてはならなくなる）、ということだった。こういった理由は、筆者の経験上、概ね、どの医療機関でも共通していた。

この場合の医療従事者における「標準的な」行動とは、合理的に業務を行うための「統一的な」対応を指す。これは、保健師助産師看護師法などの規律・規則に基づくものではなく、あくまでも、秩序維持のための規範的なものである。これにより「個人的に聴く」「時間外に聴く」という看護師の心性に基づいたケア行動は、病院では逸脱行為にあたり、同じ看護師からもよく思われないのである。

このような標準化された方法と、統一的な対応が、医療の風土を構築している一方で、患者理解を理念とした「関係性を通した看護」も教育機関から臨床まで一環して、看護師に強いているのである。その関係性の構築のために、看護師は、ルーティン業務を行う中で、常に、患者に寄り添うための時間の確保を「逸脱しない」というバランスの中で模索しているのである。

多くの臨床では、看護師にとって患者は対多数の存在であるが、患者にとって看護師は対個人であることから、患者側は「個人」としての対応を期待している。しかし実際は、集団における秩序を背景に提供する標準的なケアは、患者の個人的な対応を期待するケア願望とは一致していない。つまり、医療の倫理は、「関係性を通して」という理念においては、倫理的であるが、臨床の実際は、関係性を構築する時間を許容しない業務と医療風土という事実が背景にある。これを、シオバン・ネルソン（阿部訳、2007：102）は、「看護の特質」<sup>15</sup>であるとし、看護師の患者に対する常態化した対応になっていると言える。

---

<sup>15</sup> 看護倫理の特質としては、看護師個人が経験を重ねて習得したものを、臨床で集合させ、

## 第5節 医療従事者によって隠される死

病棟における死の手続きは、現代の死や死後の標準モデルであると先述したが、こういった手続きの大部分は、一般の人が知り得ないものであり、医療従事者による独特の価値観で行われているが。死は、繰り返しになるが、医療従事者の心性として「あってはならない事実」という背景から、死や死後に関する手順に関して明らかにしなかった。また、あえて明らかにする「必要性」も感じてこなかったのである。必要性がないとする理由に、医療従事者におけるケアは、患者の「生存中の」身体援助を中心としたものであり、死や死後の処置は、医療的介入の終了後であることから、医療の残余的行為として認識されているためではないかと考える。つまり、死後における医療従事者の行為は、標準モデルのない、医療の中の文化的行為であるという側面から、検討の溯上にも上がらなかったのではないだろうか。

しかしながら、看取りケアや死後の手順に関し、当事者である看護師は、自身の行うケア行為の細部にわたって、医療的範疇と文化的行為に区別している意識はないだろう。筆者も実際に、看取りや死後の手続きの具体的方法は、臨床で得た行為であり、ケアに関して、科学的な医療行為と文化的行為として区別する意識はなかった。医療機関で行われること全ては、医療にとって合理的で妥当な方法であるとして疑いも持たなかったため、行為や方法が、根拠となる理論に基づいているのか検証してみたこともなく、また、一般とは違う価値観による営為であることには気づけなかったのである。私の認識が看護師の総意とは、もちろん言えないが、臨床に身を置いて経験してきたものとしては、医療従事者は死を境にした死後の手続きに関し、検討する必要性があるものとして比重を置かなかったものであり、つまり、棚上げにしてきたのではないかと考えるのである。

医療を対象にした研究者や、医療従事者による医療行為のあり方を検討する、医療・看護系の代表的なものに、医学中央雑誌がある。そこで、看取りにおける「行為」や手続きに関しての先行研究や文献について検索をしたところ、「死後の処置 or エンゼルケア and 方法」では3件あったが、メイク等のケア方法や *post mortem care*（死に関わるケア）に留まるもののみだった。他に検索ワードを変更し検索したが、看護師が死や死後に行う、医療的要素の無い文化的行為に着目した原著論文は、医学中央雑誌では、検索できなかった（検索日時は2020年10月）。

しかし、死や死後の文化的行為に近接した文献には、吉岡さおり、池内香織、山田苗代、小笠原知枝（2006：1-10）による『看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関する要因』がある。この研究は、看取りケアの実施状況に関するものであったが、本研究に関連するものがいくつかあった。この研究によると、看取りに携わる病棟看護師が、最も実施したケアは、患者の身体援助であると結論づけられ、「家族に対する症状の変化に

---

集団の合理的な倫理、規則、規範を形成していく。これらは倫理的にみた真実とは別のものであり、患者の願望とも一致しないことがある、としている。

応じた介護の指導」「宗教的な援助」は下位に位置していたことである。このことから、看取りにおける看護師のケアの関心は、身体援助の方法であり、ケアの中心に据えていることが改めて再確認することができた。

他に、看護学関連の文献としては、看護師経験による看取りとして、藤腹（2009）は望ましい臨終、望ましくない臨終を挙げ、「患者さん自身が自分の人生を「これで良い」と肯定できて人生の幕を下ろしてこそ望ましい死である」と述べている。このことから、望ましい死への手続きの構築には、患者の自己肯定感を維持できる関わりに努めることと同時に、藤腹の言う「人生の幕を下ろす」環境としての病院や、医療従事者における方法が、死後の患者の尊厳を維持できているかという観点から、病院文化や文化的行為を再点検する必要があるといえる。しかし、内側にいる当事者の医療従事者だけの検討では、筆者のように、その特異性に気が付くことは難しいのではないだろうか。

このため、本節以降では、医療的要素の少ない、看取りへの過程における手続きと行為を、医療における文化的行為と考え、在宅における看取りの所作や行為に関して研究の蓄積がある民俗学や文化人類学の分野も参考に考察を行っていくことにしたい。

### 1) 死にゆく過程から死への手続き

病棟では、患者の死が医師と看護師によって、近々避けようがないと、共通認識した場合、大部屋の患者は、個室へ転室する手続きをとる。一般病棟であれば、その場所として、看護師が観察しやすいナースステーションの近くが多い。大部屋に終末期の患者を配置しない理由は、終末期の患者の対する看護師の頻繁な観察のために、他の患者の安息に影響を及ぼすこと、そして、終末期の患者の死にゆく瞬間を同室者に悟られないようにするためである。また、病院の規則によっても違ってくるが、看取りへの過程に泊まることを希望する家族のためでもある。

個室への移動のタイミングは、身体的な情報（尿量や血圧）に基づいた統一した基準や、医師による指示ではなく、医療スタッフによって行われるカンファレンスの場を経て、病棟責任者（看護師長等）によって判断される。ただし、これは終末期に限った個室への転室であり、終末期以外にも患者を大部屋に転室する例外もある。例えば、病院側の都合で、常時観察を要する患者や、手術後などの急性期の一時期に多くの観察や処置を要するときなどである。このように転室した、一般病棟における極終末期の患者の個室は、治癒を目指す患者と同じ病棟にありながら、それら病室とは明らかに違う「異質の」空間を形成している。通常、看護師は患者との言語的コミュニケーションにより、身体に関する情報を得る。しかし、極終末期は、患者が意識清明でないことも多く、言語によるコミュニケーションは成立しないため、身体を動かしたりした時の表情などから、患者の意思を探る非言語的コミュニケーション<sup>16</sup>に頼るしかない。

---

<sup>16</sup> 非言語的コミュニケーション。言語によるコミュニケーションではなく、表情や行動から真意をくみ取るコミュニケーション方法。

看護師教育では、意識が清明でない患者に対しても、人格を尊重した関わりを行うよう指導されている。例えば、患者の体に触れるケアを行う際には、返答が期待されない状況でも、必ず声をかけて行うことがあげられる。実際には、生命の徴候を監視するモニター音だけがする病室で、看護師の独り言のような一方的な語りかけが訪室のたびに繰り返されている。これは、一般病棟の他の病室と比して、人の話が「会話として」聞こえてこないという点では、空間としては異質であるといえる。時には、点滴の残量を確認するために訪室した場合でも、「点滴見に来ましたよ」と声をかけながら、入室した経験も多くの看護師があるはずである。

異質の空間という点においては、一般病棟の他の患者とは違う病衣の着方をしている場合もある。前ボタンの衣類の背面が、患者の前面にくるような着衣、いわゆる「迎え袖」として、両袖を通す。このような寝衣の着方は少なくなってきたが、いまだ、行っているところも多いと聞く。これは、身体の観察が容易であることや、発汗や浸出液汚染の可能性が高いときの頻繁な着替えに備えて行っている。看護人員が充足している時間帯などでは、複数人で処置や着替えを行えるため、医療機関もこのような着方は選択しない。すなわち、人員不足であるときの医療者側にとって都合のいい着方である。このように、医療は、処置などのケアが生命の維持のために、最も優先される事項であり、人格の尊重は、状況によっては、二次的なものになる。よって、終末期の患者においても、処置やケアが優先とされるため、このような着衣になっているが、人格を尊重した関わりという点では、着替えの際に、肌の露出を極力しないような工夫をし、そのバランスを図っている。

そうした極終末期患者の病室が、他の患者らの部屋と明らかに異質であるのは、先述したように、モニター以外の「音がない」ことである。一般病棟のその他の患者の病室は、面会人との会話や、テレビやラジオの音、室内を歩く音などの様々な音にあふれている。いわゆる、人が生きている証でもある生活音が、一般病棟のある一角からは、全く聞こえてこないのである。

このような極終末期<sup>17)</sup>の患者の病室を、異質なものとして際立たせるのは、医療者の効率を優先させる無機質な様式となっている病院の個室である。汚れが目立つという理由から、壁に白色が選択されているが、シーツなどのリネン類、不測の事態を防止するために、カーテンではなく、これもまた白を基調としたブラインドで調光している病院もある。このような、色のない無機質な病室で、命を医療者に完全に委ね切った患者は、アガンベン（2003：25）による「剥き出しの生」<sup>18)</sup>の状態であるといえる。「一般病棟では」死はあつ

<sup>17)</sup> 終末期の定義には、明確なものではなく、終末期という時期は、患者の個別性によるところも大きく、医学的な不確実性を伴った期間であるといえる。また、法的にも、解釈の幅がある概念であるため、不可逆的な状態で死が避けられないと告知された時期を概ね意味する。本文中の極終末期とは、身体所見と併せて医療従事者が判断した1週間以内や数日中を指している。

<sup>18)</sup> 『ホモ・サケル』からの引用。共同体の成員と例外状態の成員との関係性について述べているもの。例外状態の成員は一つの締め出し状態にあるとしている。これは単に外に置

てはならない、例外な事柄と考えられているため、このような前提に立った病棟目的で、死にゆく患者は、いわゆる「例外状態」となってしまう。しかし、例外状態に置かれる反面、病棟の入院患者としては包摂されているのである。このため、他の患者から、その部屋を認識されている場合、「あの患者さん、見たことないけど、起きれない人？」と訊ねられることもあり、亡くなれば「どこに行ったの？」などと訊ねられることもある。また、患者同士、親しかった場合には「亡くなったの？」と直接的な表現で聞かれることもある。このような問いに対して、看護師は個人情報という建前に、一律、「場所（退院・転院とも明言せず）が変わりました」<sup>19</sup>と答えることが多い。これは、教育によって教えられた方法ではなく、医療風土の中で培ってきたものである。なぜ、このように死を曖昧にして「隠す」のかについては、臨床の看護師らに聞くと「今の時代は個人情報だけど、一番は患者がショックを受けるからじゃないの」という。しかし、親しかった患者の死は例外として、病棟の他の患者の死は、第三者の死であり、それが患者の闘病に影響し、意欲低下した様子について、筆者も臨床の看護師らも、実際に確認してきたことではない。これは、医療者側の「配慮」として隠されているのではないかと考えるところである。

このように、一般病棟において、常にドアが締め切られ、会話が聞こえてこない個室は、同じ病棟の他の患者からすれば、異質な個室であると認識されていると感じることも多かった。また、家族にとっては、患者が個室であることも多いために、他の患者との交流も少なく、治癒していく患者の姿を見て疎外感や孤独を生じることにもなりがちである。このような家族に対するケアは、声掛けも含めた難しいケアとなるため、医療従事者は、患者や家族の希望するような個室の環境だけでも整えてあげたいとの葛藤を持っている。このような治癒に向かう患者と、認識されない患者が混在している一般病棟において、患者の部屋を往復するたびに、看護師は、入室前には、気持ちを切り替えるといった、自らに感情労働を強制しており、苦悩の臨床になっている。

看護師は、このような状態の改善策として期待している、緩和ケア病棟や高齢者施設などについては整備が進められてきているが、依然、一般病棟が多く活用されていることは前述のとおりである。そのため、現在も、一般病棟では、回復への見通しがある「一時的な」滞在の患者の病室と「最期の」看取りまで行われる患者の個室が混在しているのである。

## 2) 死から退院に至る「隠す」作業の連続

亡くなった患者の「死亡退院」までの過程において、筆者の勤務した数か所の一般病院

---

かれているのではなく、締め出されて遺棄されている存在であるが、包含されている状態であるとしている。

<sup>19</sup> バーニー・グレイザー、アンセルム・ストラウス、木下康仁訳（2009：47、65）では、看護師―患者間の情報の駆け引きは常に行われおり、看護師側は、情報を適正に隠す作業として患者との応答に「相互虚偽」や「疑念認識」に対する儀礼的に対応するスキルを備えているとしている。

で共通することに、患者に対して、死を「隠す」作業の徹底があった。これは、臨床において、規定されているわけではないが、あらゆる病院で、ほとんど同じような方法がとられていた。その背景には、学会報告などからの情報もあるが、主には、あらゆる病院で経験を積んだ看護師によるやり方を寄せ集めて、重層的に構成されてきた結果によるものだと考えられる。

医療者教育機関では、病院での死は、個人を尊重する上で「配慮」するべきものであると学習するが、臨床ではこの配慮が「隠す」として読み替えられ、徹底されているように感じた。これは、死の情報が、人が亡くなる場所が自宅であったときの「開示」とは明らかに違っているといえる。つまり、自宅での死は、地域コミュニティの中の一員の死のために、開示することが必要もしくは可能であったが、病院における病棟コミュニティは、従来からの紐帯による既知の人物ではなく、隠すことが無難な方策とされている。このように、死者を隠すことは、臨死期での経過の延長で「包摂されながら例外な存在」であることを示している。

医療者によって、死が隠されるべきものであると認識されているため、患者の死亡から退院への過程も、看護師らによって「隠す作業」の連続となる。

まず、死を迎えた患者は、死後の処置として「エンゼルケア」<sup>20</sup>が施される。この死後のケアに関する呼称では、臨床では「エンゼル」と呼称することが一般的で、他に、ステルベンメイク（ドイツ語で死を意味するステルベン）や、エンゼルが天使を意味するところから、お清めケアと呼称するところもある。

そのエンゼルケアの一環に、死のやつれた印象を「隠す」ために、エンゼルメイクが行われる。この方法には、看護師らの共通する認識として、生前の姿に近く、「生きているかのように」ほんのり赤味を帯びるように施すことを心がけている。このように行うのは、死者の人格尊重の側面もあるが、臨終に際し、苦しんだ姿や闘病の上にやつれた姿を、家族らに印象付けないために行われることから、これも病院における死を「隠す」習俗の一つであるといえる。

しかし、この方法にも「具体的な」標準化した方法はないため、重層化した方法などが採用されていることが多い。最近では、患者の死を、より尊重するために、医療者向けにメイクの方法<sup>21</sup>を記した本もあり、参考にしている医療機関もある。

これらから言えることは、医療は、生きている患者に対しては、徹底して標準化された手法が用いるが、患者死者になった途端、標準化された方法を持たないケアに変化することである。つまり、これは医療処置の一環ではなく、治療の末の結果である死に対しては、やはり、死は医療における周縁事項であり、エンゼルケアは「医療的文化におけるケア」といえるのではないだろうか。標準化されていないエンゼルケアも、医療者のみで行って

---

<sup>20</sup> 死後に行われる処置。医療機器の抜去とともに、保清とメイクが行われ、死亡退院として、お見送りまでするケア。

<sup>21</sup> 小林光恵・エンゼルメイク研究会（2010）に詳細に記載されている。



きた時期もあったが、臨床によって検討が繰り返され、現在は、残された家族に対する悲嘆のケアとして、家族が参加することもある。それでも、医療機器の抜去時などは、いったん家族に退室してもらうことが多い。この時も、看護師は、死者に対する人格尊重として「生きているときと同じように」抜去後は、美しく処置テープを貼るようにしている。

通常、病棟には、このような処置のテープも、患者に使用するのと同じ処置テープであっても「死者用として別に」用意されていることも多く、エンゼルケアを行う必要物品として、一括して収納している（[参考資料](#)、写真①）。この必要な物品の中身についても、標準化されたものではなく、女性が薄化粧をする程度のものだけのところや、髭剃り（生者と区別）、ドライシャンプー、かつては詰め物に使用する綿、顔にかける白い布、白衣など葬儀屋から提供された物なども使用することもあった。現在の病院は、多様な宗教性や思想への配慮といった理由や、入院時の患者へのアナムネ聴取から、患者が無宗教である申告していた場合の配慮から、白い布などは、特定の宗教への偏向であるとして、今日では取りやめてきている。このように、病院の看取り後の作法にも、看護師らのこれまでの経験による重層的な方法が、社会の死生観や宗教に対する価値変容を受けて、変遷してきている。死後には、遺族から好きだった服に着替えさせて欲しいとの希望も少なくなく、筆者も遺族とともに、遺体にスーツに着せ、ネクタイを締めたこともある。

エンゼルセット一式は、医療者以外の目に触れない場所、主には処置室の一角などに置くようにしており、例えば、一般の人が目にしても、一見では、わからないようになっている。収納場所については、死が近い患者がいた場合、夜勤アルバイトの看護師にも、勤務交代時、エンゼルセットの場所の再確認を行うなど、処置に関わる全ての医療従事者は、必ず共有している。

次に、「隠す」作業として、エンゼルケアで行われる清拭がある。これは、在宅死が中心であった頃、死者に対して行われた、湯灌に相当するものである。この湯灌においては、日本の民俗風習として、各地方によって特色のある方法で行われてきた。八木（2002:206）は、各地方によって違いがみられる湯灌にも、共通項があるとして『日常とは逆の所作』で営むことが多いとしている。例として『先に水を張って熱湯を入れる』ことをあげている。これは、死をめぐる民俗儀礼の役割として、死者を日常から送りだすことが特異な状態であることから、異なったことをする演出をしなければならないためであるとしている。

病院死における患者の清拭でも同様に、死者の人格の尊重として「生きている患者と同じように」人肌程度の「お湯」を用意している。死を日常から出すことを演出して行われる儀礼とは背景を異にしているが、死者の清拭に湯を用意することは、人格的関わりを共通にしており、死者の扱いは、これまでの民俗文化がケアに反映しているといえる。

他に、日本では各地において、民俗的慣習としての死者の扱い方に関し、死者が生き返る可能性がないと判断したときは、魂の抜け殻である遺体を畏れ（ケガレ）の対象とみなしてきた。そして、遺体との決別には「絶縁儀式」と称される儀礼行い、日常から切り離してきたのである。具体的な慣習の例としては、出棺の際に死者が使っていた茶碗を割る

ことや、竹で仮設の門を作り、棺が通った後、破棄してしまうような儀礼がある。

しかし病院では、こういった民俗的な慣習とは異なり、病院が遺体に関わる限り、「生きているように」扱い、「生きているような」メイクを施す。これは、ケアの基本である尊重的な関わりとして捉えることもできるが、エンバーミング的思想な、死を否定するという心理が働いているともいえる。このように、メイクや清拭などのケア場面において、「生き返る可能性」はなくとも「生きているように」関わる方法は、病院で形成された死の儀礼であり、文化である。本節では、いくつか民俗的慣習について触れたが、その理由は、病院の死の文化形成には、このような習俗や慣習の根底にある共通した死に対する思想が、現在の病院死まで通底し、医療従事者が行う死後の処置にも少なからず影響を与えてきていることを検証するためである。これは、病院死において、医療従事者が、合理的で妥当な方法を前提とした看取りを行う中でも、日本的な看取りを取り入れてきたと言えるものである。

次に、湯灌に伴う物品だが、生存中と同様に、遺体の清拭には、使用するバケツや洗面器を、生者と死者用で区別して使う病院と、共用する病院について言及したい。これも、特に規定のないものの一つである。共有する理由は、死者の尊厳を保つというもので、区別しているところは、感染面を理由にあげている。しかし、感染症の有無にかかわらず清拭後のバケツは消毒されており、区別する理由には、厳密な理由がなく「なんとなく」という医療者の心性によって分けられていることも多い。この「なんとなく」という心理において、一つの理由として考えられるのは、これまでの日本における死の習俗に倣った、死に関する意識、イメージが考えられる。八木（2002：207）は、「死をめぐるケガレが最も表面化する機会は「絶縁儀礼」においてである」とし、現代においても、死がケガレ（不浄）と考えられている例として、絶縁儀礼である葬式に参列した際の衣服を塩で清める作法をあげている。このように、日本は概ね共通して、死に関することは、ケガレとしてきた文化があり、そのような心象は現在も、残っていることから、「なんとなく」バケツなどを区別するという事に繋がっているのではないだろうか。

死後における一連の処置を終えると、死亡退院という流れになる。通常、患者が亡くなった場合、霊安室への移動となるが、中小の地域の病院であると、個室からそのまま退院となることも多い。その移動の際は、他の患者の目に触れることがないように、スクリーンなどで「隠す」ように搬送するのである。患者の死亡が、深夜であると、看護師らの「隠す」作業は軽減されるため、他の患者が起床する時間までに、死亡退院を家族にお願いすることが多い。看護師は、悲嘆が大きく遺族となったばかりの人に、このような提案をしなければならず、その提案を受ける遺族の胸中を察しても、死亡から早期の段階での、このやり取りは両者にとって負担の大きいものである。

人の死が、在宅死が中心であった頃は、死と死にゆく過程は、家という私的な場所で起こるため、地域や家族というコミュニティには、隠す必要もなく、隠すこともできなかった。しかし、病院は公共的な場所で、病棟は公共空間となるため、極めて私的なものであ

る人の死は、他の患者の動揺を招かないこと、そして、闘病意欲を喪失しないため、と言った理由から、隠さなければならない事柄になったのである。これが、死亡退院に向けた、様々な工夫に繋がっているのである。つまり、病棟という公的コミュニティで起きた死は、病棟の秩序維持のために隠しているという医療従事者側だけの理由で行われているのである。

医療者にとって、最後の「隠す」作業に、遺体の搬出がある。一般病棟での死者は、病院の正面玄関からではなく、裏口や搬出用出口から死亡退院することが多い。その搬出口は、単に裏口であるばかりでなく、霊安室自体も病院の地下にあることも多いため、リネン室や病院の業務室に並列した場所からの搬出になることもある。それでも、昼間の退院になると、隠す作業は、夜間に比べて負担が大きいものとなる。現代は、病院死が約 7 割前後であるのに、病院で、死者の搬出を見かけることがないのは、こうした医療者の徹底した「隠す」作業の努力によるものである。

正面玄関から死亡退院しない理由の一つに、外来患者や出入り業者に対して、死者が出たことを隠すためである。死者を見かければ、気まずい雰囲気になるし、頻繁に、死者の搬出を見かけることは、病院の評判にも関わることになるだろう。実際に、筆者は、裏口から搬出されたにもかかわらず、偶然目にした外来患者から「縁起でもない」という言葉を受けたこともある。

こういった現代における死生観を受け、医療者は、患者の死が避けられない状況になった看取り過程において、これまでの日本的な民俗慣習を参照しながら、現代における病院死の文化形成を独自に行ってきた。これは、在宅死と病院死が反転した 1975 年以降のことであり、比較的新しい文化であるといえる。人の死が在宅であった時代では、死がイエに包括されており、徐々に弱っていく過程を家族の成員やコミュニティが共有できた。このため、民俗儀礼としての死者との関係性を断ち、魂の抜け殻としての遺体を畏怖の対象とみなす手続きは、これまでの経過の連続として、死者を断絶する対象として受け入れてきた。しかし、死が病院の管轄になってからは、死にゆく患者の過程は、家族にとって断片的な過程でしかなく、家族に死を、段階的に受け入れていくような機会を与えることができなくなっている。例えば、死の間際に駆け付けた家族は、死そのものが信じられない状況の中で、医療者が行う死化粧が、「生きているのかのように」演出していることで、生（病棟）の「延長」であるという考え方を家族にも与えることになっている。よって、遺族は「まだ、（死に顔を見ても）死んだとは思えないのよね」「今すぐに目を覚ましそうなんだけど」という心境を訴えてくる。これは、宗教的な考え方である、死は「通過地点」に過ぎないと言った考え方ではない、世俗的な病院での医療者の価値観である。

また、死を隠す作業は、「縁起でもない」というケガレ思想や「死について、なるべく考えたくない」という、死そのものが否定された現代社会からの要請でもあろう。このことは、先述したように、過剰に隠すという病院文化の創出の一端となり、医療における看取りの不可欠な要素となってしまっている。このような病院死における看取りまでの過程は、

死に対する正常な態度とはいえず、自身と他者の死を受容できない現代人の再生産に繋がっているのではないだろうか。このような死の価値観は、患者家族に向けた看取りにおけるケアの臨床的課題として挙がってくることも多く、これに対して、今日の全ての人々を対象とした、死の準備教育や死生学等の学際的な学問の創出に繋がっていったと考えられる。

現代においても通底する死とケガレの思想に関して、八木（2015：85）は、本来「日本的仏教」においては、死のケガレとは無縁であるとしている。つまり一般的慣習では、死はケガレの対象として忌避されているが、仏教では死を忌避しないということである。確かに、浄土真宗による葬儀では、死はケガレとして認識していないため、お清めの塩などは必要がないとしている。また、藤堂（2019）は、「仏教では人と向き合うことを対機と表現し、仏法を聞くことによってその能力は発揮される」と述べている。看護の提供は、援助を通し、本人の持つ力を最大限に引き出すことをケアの目的としていることから、仏教の人に対する向き合い方、つまり、対機と一致する。同じく藤堂は「仏教は四苦八苦に翻弄されるのではなく、苦しみの逆縁を、向上の縁としていくところに、人間の尊厳をみる」という。これは、患者が持つ死にまつわるネガティブな感情から解放され、穏やかに尊厳を持って過ごしてほしいという仏教の教えるところである。このように、考えると、日本的仏教の思想や、信者数の多い伝統教団である浄土真宗などの教えは、仏教看護や日本型宗教的ケアとして期待できるものである。このような視座に立ち、次章では、終末期における看取り環境を考える上で、仏教的看護や宗教的ケアの可能性について検討していきたい。

## 第2章 仏教的ケアの歩みと先行研究の検討

### －自律性のある仏教的ケアを求めて

#### 第1節 医療における「日本的看取り」の探求と仏教

第1章では、一般病棟での入院から死までの環境では、終末期の患者と家族の心のケア体制が不十分であること、医療従事者だけでは、その改善には、限界があることを述べてきた。

本章では、終末期の患者特有の心理について、医療従事者から期待される宗教者、特に仏教者によるケアに着目して検討する。その心理とは、「もう死にたい、こんな状態で生きて何になるのか」「死んだらどうなるのか」など、生死に関わる疑問や苦悩の表現であり、医療者が回答に窮する性質のものである。

近代医療で宗教者が看取りに関与するのは、シシリー・ソンドース<sup>22</sup>が1967年に設立したセント・クリストファー・ホスピスが初であると言われている。「ホスピス運動の創始者シシリー・ソンドース」<sup>23</sup>によると、彼女は、患者の人格を尊重するために、心身の積極的な緩和にも努めたため、緩和医療の祖ともいわれている。また、末期がん患者には、「全ての人の協働が必要」とし、「必要であれば、牧師も訪問する」とした。つまり、シシリー・ソンドースは1960年代という早い時点で、終末期の患者のケアには、医療者のみならず、多様な職種でかかわるべきであることを提案しているのである。そして、患者に対する心のケアに、宗教者も参加させたのである。また、宗教的ケアのあり方には、「信仰を押し付けない」方法を採用している。これは、後の日本での宗教的ケアのあり方に大きな影響を与えるものになった。

日本で仏教が看取りに参加した例では、終末用心として平安時代から江戸時代に至るまで、多くの典籍が著されている。野田（2016：86）<sup>24</sup>によれば、とりわけ江戸時代の看取りの場面では、僧侶と協働する形で民衆も看取りに参加し、さらに、民衆は病人の心のケアにも携わっていたという。この点は、シシリー・ソンドースのいう「多様な人の協働」によって、死を看取するという形式が、日本でも近世までは、日常に存在していたといえる。しかし、近代医療の発展により、医療従事者が、生と死を管理するようになってからは、死は日常からは忌避されるものになった。これに伴い、これまで看取りの文化に携わって

<sup>22</sup> イギリス人医師。近代ホスピス運動の創始者。相次いだ個人的な死別体験によって、信仰を基盤とした病院の設立に至ったとしている。

<sup>23</sup> この内容は、シャーリードゥブレイ若林一美他訳（2004）に基づいている。

<sup>24</sup> 「近世仏教と看取りの文化 その二～信仰と「死」の看取り」の中で、臨終行儀書における手順を「終末期ケアの手引書」としている。

いた「多様な人の協働」の形も喪失していったのである。その後、日本においては、医療者中心の看取りが続き、キリスト教によるホスピス開設までの間、心のケアが第 1 章で述べたように、医療では棚上げにされてきたのである。

キリスト教による日本での宗教的ケアの先駆例には、聖隷三方原病院（1981 年）、淀川キリスト病院のホスピス病棟（1984 年）などの開設がある。当時は、キリスト教によるケアの実践の認識は低く、医療従事者からも、特別な一部の病院のケア事例としてみなされていた程度だった。しかし、1975 年頃から、病院死の割合が加速し、現在ではその割合が約 8 割まで増加したことで、医療従事者は、多くの終末期の患者のケアに当たることになったのである。そのため、がんを始めとした、終末期の患者の心のケアに限界を感じ、死にゆく患者のケアに関する専門職の必要性を感じてきたのである。さらに、WHO による提言<sup>25</sup>が、その傾向を後押しすることによって、医療従事者はより真摯に心のケアを検討していくこととなった。その過程で、医療従事者は、日本人に馴染みやすい宗教的ケアが、仏教（僧侶）であるとみなし、仏教者側からも積極的に医療に寄与しようとする動きが 1980 年代に入ってから見られてきたのである。

当時、医療従事者や様々な学問領域が、看取りを考える上で、仏教が「日本的」であるとした理由の一つは、葬送儀礼やお盆行事などの死者儀礼が、宗派固有の領域に留まらない日本の死の文化として定着していたこともあろう。また、第 1 章で述べてきたように、仏教が、死を忌避しないことや、僧侶による法話が、死の恐れを緩衝してきたことなども背景にあったのではないかと考えられる。

こうした検討の経過を経て、仏教的ケアが、一般に認知される契機になったのは、1992 年の新潟県、長岡西病院<sup>26</sup>（以下、長岡西）のビハーラ病棟の開設である。2008 年には、長岡西の事例に続いて、浄土真宗本願寺派によって京都府城陽市に、あそかビハーラクリニック<sup>27</sup>（現、あそかビハーラ病院、以下あそか）が開設されている。これら実際に関しては、次の第 2 節に詳細は譲ることとする。この二つの病院の実践は、キリスト教に基づいたホスピスケアよりも、日本的な看取りであるという視点を広く医療従事者に与えたのである。そしてなにより、医療従事者に対して、終末期医療における心のケアの重要性を、改めて提示したといえる。

---

<sup>25</sup> 1998 年の WHO 憲章の前文に「健康」についての記述がある。看護におけるヘルスプロモーションでは、この前文を参照し、健康とは単に疾病がない状態をさすのではなく、身体的・精神的・社会的・spiritual 的に満たされた状態であるよう、これらに配慮した看護の提供を目指している。宗教性に薄い日本に関して、spiritual と宗教性の解釈をめぐってこれまで様々な議論がなされてきている。

<sup>26</sup> 病棟内に仏堂があり、釈迦菩薩立像がある。定時に読経を行っており、希望した人や患者家族が参加している。現在は、病室にあるモニターで読経の様子をみることができる。常駐の僧侶一人がいるが、これまでの採用には固定した宗派はない。

<sup>27</sup> 独立型の病院。玄関ホールの横に仏堂がある。阿弥陀如来の掛け軸がある。定時読経と常駐僧侶が 3～4 人いる。僧侶は、真宗本願寺派のみ。カンファレンス等で積極的に意見を述べている。

しかし、病院で宗教的ケアを導入することが、今日まで、活発に検討することに至らなかったのは、宗教者がケアに使用する宗教的言語（logos）や、宗教者の法衣が、布教を伴うケアになりかねないと医療従事者から懸念されたこと、現代人の宗教に対するネガティブなイメージが先行していること、および、公共的要素を持つ病院に一宗教の僧侶を配置することなどが理由として考えられる。これは、現代の日本人の宗教観が影響してか、宗教的ケアへの理解が不十分であることによる。

第二次大戦後、日本は近代的生活を目指す中で、経済優先という現実的思考が人々の価値観を形成してきた。こうした過程で、宗教は非現実的で、可視化できない価値とされ、徐々に社会や生活から存在感を失っていった。それは「家」により、受け継いできた伝統宗教に限ったことで、新宗教では、多様な家族構成を持つ人々の「個人的な」苦悩を受け皿として発展してきている。それは、人々の主たる苦悩である「貧病争」に、儀礼中心となった形骸化した伝統宗教が、応えることができていなかったことも背景にあるだろう。

また、一部の新宗教の社会的トラブルを、メディアが扇動的に報道することで、宗教全般にネガティブなイメージを与え、宗教とは一部の人が熱狂するものというような社会醸成に繋がっていった。こういった背景が、現代の宗教観にあり、宗教離れや「無宗教」であるといった人々も増加させてきた。しかし、無宗教なる人々でも、欧米の無神論者と違って、既存の信仰形態から離れたところに、個人的な宗教性はあると考えられる。例えば、葬送儀礼として選ばれる散骨や樹木葬などには、帰属する宗教はないが、個人的靈性観としての宗教性の顕現とみなすことができる。社会学者グレースディヴィからの引用とした、ジャン・ボベロ（2009：184）は、このことを、現代に特徴的な「帰属なしの信仰」<sup>28</sup>、つまりスピリチュアル的なものへと接近とみなしている。そして、近代まで宗教的権威と結合していた政治も、第二次大戦以降は、政教分離の原則によって、外面的には、社会のあらゆる公共領域でも脱宗教化が進み、人々の宗教離れや宗教の権威が衰退してきたのである。

公共領域にある病院は、このような現代の脱宗教観によって、宗教を用いたケアの導入には、慎重にならざるを得なかったと言う側面もあろう。このことは、仏教に限らず、宗教的ケア自体が、医療での標準的なケアになることが長らく検討されてこなかった背景の一つであるといえる。しかし、長岡西やあそかの宗教者による、布教をせず、宗教者の帰属する宗派の言語でケアを行わない等の実践が、広く医療者に理解されるにつれ、日本的な看取りとしての仏教的ケアが注目されることになっていったのである。

しかし、現代社会の家族構成の多様化や、宗教（性）の個人化によって、日本的な看取りが、必ずしも「仏教を基盤」とする必要性は無くなってきている。これが、現在の日本

---

<sup>28</sup> ジャン・ボベロ『揺れ動く死と生 宗教と合理性のはざままで』第4章「死と宗教の現在」(P184)の中で、現代の信仰に関して、社会学者グレースディヴィを引用し、キリスト教徒であるという意識はあるが、教会に所属しない層を *believing without belonging* と表現している。

的看取りとしての主流となっている臨床宗教師である。臨床宗教師については、本章 3 節において詳述する。

## 第 2 節 仏教を主眼に置いたケアの先行研究と実践の沿革

看取りの過程で患者が置かれる環境は、患者の孤独を支えるという面からは、決して適しているとは言えず、患者（家族）と看護師の双方に苦悩が生じていることは先述した通りである。そこで、本節では、当初、「日本的な看取り方法」として、仏教によるケアが検討されてきた過程について、詳細に本節では検討を行いたい。

江戸時代の日本では、かつて、宗教者は民衆と一体となって、看取りを行ってきたが、その背景は、死にゆく人を、一人にしないという観点があった。以降、1975 年頃まで過半数以上を占めていた在宅死の場合、身近に誰かがいるという状況であり、患者は孤独ではなかった。しかし、その後、病院が人の死に人の死に場所に転じて以降、医療従事者中心に営まれている病棟で、終末期の患者は、初めて会った医療従事者に身体を委ねるようになった。医療者との会話は病気の話が中心という環境であり、一人にされる時間が多い日々を過ごさなければならなくなった。

人の死が在宅であった時代では、医療の専門知識がない家族が看取りを行っていたが、医療に看取りが組み込まれると、本来、家族らが行っていた看取りは医療の対象になった。しかし、在宅での看取りが成立していたにも関わらず、医療従事者が看取り過程を引き受けたことで、患者を一人にしないという看取りの原則は成立不可能なものとなったのである。そこで、豊かな看取り過程の要請として、宗教者や心理職といった専門家への要請に繋がっていったのであろう。

病院は、生の維持・延長を使命とする専門家の集合であり、死に関する専門職は不在である。そのため、欧米での宗教（者）による実践例を参考に、1985 年頃から萌芽的研究の位置づけとして、仏教を活用したケアの検討が、主に、学際領域や宗教者によって始められた。仏教によるケアは、当初、「仏教ホスピス」や「仏教者によるケア」など様々に呼称され、統一した名称はなかった。そこで、1985 年に、田宮仁<sup>29)</sup>によって、「仏教を背景としたターミナル・ケア施設の総称」として、「ビハーラ」<sup>30)</sup>という名称が創設されたのである。この名称は、その後今日まで、仏教的ケアの代名詞として広く使用され、仏教的ケアのシンボリックな言葉となっている。

現在、ビハーラという名称は、終末期医療の枠内ではなく、仏教による社会貢献 (Engaged Buddhism) 全般を指している。しかし、宗教者の社会実践を意味する「宗教の社会貢献」という表現には納得しかねるところがある。それは、仏教等の宗教による社会的な実践は、

<sup>29)</sup> 前・淑徳大学総合福祉学部教授。ビハーラの提唱と背景や経緯について詳細に記述された『「ビハーラ」の提唱と展開』がある。

<sup>30)</sup> 仏教による僧侶の活動のこと。サンスクリット語で、休息・寺院の意。



宗教的使命や宗教精神に基づく宗教者による「行為」であることから、社会「貢献」や「活動」と表現することは、宗教者にとって不本意なことではないかというものである。もちろん、宗教者として、宗教的叡智を社会還元することで、広く貢献できるのは、現代における宗教者の役割を果たしていることになるだろう。しかし、宗教者の実践は、社会に奉仕や貢献すること、つまり、ボランティアイズムが目的の本質ではなく、浄土真宗で例えると、阿弥陀如来の本願<sup>31</sup>による実践であり、その結果としての社会的善を目指していると考えられるからである。

このように考えると、ビハーラという呼称には、社会貢献活動の背景に、宗教的使命としての医療実践という意味が含まれると理解することが自然である。本章では、この意味で、ビハーラを、医療に限定した実践としての「医療的ケア」という狭義に限定し、これまでの仏教ケアの臨床実践と研究の歴史を回顧していきたい。

田宮が創設したビハーラという名称を契機として、1985年以降、日本的看取りの構築は、主に仏教における研究を軸として始められていった。それ以降今日まで、変化する医療情勢や死生観を反映させながら、仏教的ケアは、医療者や学際領域との連携によって、日本的看取りの構築に向けて進められてきたのである。

仏教を主眼としたケア研究と実践は、1985年から現在までを、その役割について「提唱期」「自律的展開期」「社会化期」として、3期に分けて整理される。提唱期は、医療における実践に向けての僧侶の役割を探求すべき研究が行われ、長岡西病院への宗教者の派遣を行ってきている新潟仏教者ビハーラの会の設立、そして伝統宗教によるビハーラの名称を用いた研究と活動の開始など、提唱期における萌芽的な時期である。次に、自律的展開期は、提唱期の研究を経て、実践活動や研究の統合的な場である学会設立にも繋がっていった時期である。自律的としたのは、仏教が日本的看取りとして、仏教の価値を前面に出しているという意味である。

そして、現在に至る社会化期は、仏教がその価値を日本的看取りとしては前面に出さず、いわゆる普遍化した「宗教」として編成された時期である。ジャン・ボベロ（2009：171）によれば、ギデンズ<sup>32</sup>は、この普遍化について、超近代（ポストモダン）の特徴とし、「近代がもたらした様々な結果がかつてないほど徹底し、普遍化した時代」であるとしている。つまり、この解釈には、近代のある一つの課題を批判的に検証した結果、その課題は普遍化されると言う意味に理解できる。このように解釈すると、日本的看取りを仏教的に行うというケアを検証した結果、現在の人の宗教観に、必ずしもそぐわないため、仏教を普遍化した宗教的ケアが求められたということになるだろう。この時期を、社会化期としたのは、仏教的ケアが医療に適応した普遍的宗教となったことを意味している。

---

<sup>31</sup> 『大無量寿経』における弥陀の本願。苦悩する衆生を救おうとしている阿弥陀如来の広く深い願いのこと。

<sup>32</sup> アンソニー・ギデンズ、イギリスの社会学者（1938－）

表 2-1 仏教的ケアの研究と実践に関する 3 期

<p>提唱期 1985～1989</p>	<p>研究</p>	<p>「ビハーラ」という名称(1985) 「仏教とターミナルに関する研究」(1986) 「新潟県仏教者ビハーラの会」(1986) * 本願寺派教団によるビハーラ創造時代(1986 年～1989 年) 「ビハーラ実践者養成研修会」(1987)</p>
<p>自律的展開期 1990～2010 頃</p>	<p>研究</p>	<p>「佛教大学仏教学科専攻科(ビハーラ看護コース)」(1993) 「仏教看護・ビハーラ学会」(2004) * 本願寺派教団によるビハーラ教区展開時代(1990 年～2000 年) ビハーラ見直し時代(2001 年～2008 年)</p>
	<p>実践</p>	<p>「ビハーラ花の里病院(広島県三次市)」(1990) 長岡西病院「ビハーラ病棟」開設(1992) 「立正佼成会付属佼成病院ビハーラ病棟」(2004) 「あそかビハーラクリニック(現:あそかビハーラ病院)」(2008)</p>
<p>社会化期 2010～</p>	<p>研究</p>	<p>日本スピリチュアルケア学会「スピリチュアルケア師」(2012) 東北大実践宗教学研究科寄付講座「臨床宗教師」(2012) 龍谷大学「実践真宗学研究科 臨床宗教師」(2014) 公認心理師(2015 国会成立、2018. 9 より国家試験開始) 日本臨床宗教師会認定制度(2016.2～)</p>
	<p>実践</p>	<p>福岡聖恵病院「ビハーラ病棟」開設(2017～)</p>

出所:筆者作成

### 提唱期

1985 年は、ビハーラという名称を契機に、浄土宗の宗門大学である佛教大学や、伝統宗教である浄土真宗本願寺派によって、仏教的ケアのあり方について検討が始まった時期である。

佛教大学では、仏教的ケアについて 1986 年からの 3 期 8 年の長期にわたって、科研費研究『仏教とターミナル・ケア』<sup>33</sup>として行われた。この研究には、ビハーラという名称を創

<sup>33</sup> 1986 年より 3 期 8 年。研究代表はいずれも水谷幸正。1986－1987 年、一般研究 C『仏教とターミナル・ケアに関する研究』共同研究者は、雲井昭善、池見澄隆、山口信二治、福原隆善、広瀬卓爾、田宮仁、笹田教彰により始められる。2 期 1988－1990 一般研究(B)、3 期は 1997－1999 一般研究 (B)。

設した田宮も加わっており、研究代表者は、当時の佛教大学文学部教授である水谷幸正氏である。現在の仏教学部だけでなく文学部や社会学部の教員も参画し、医療分野のケアが検討されたことは、仏教的ケアが学際的に、日本的看取りのあり方の検討としていたことになる。また、この研究では、仏教的ケアを行う僧侶を、新たに、ビハーラ僧<sup>34</sup>と呼称することで、仏教的ケアの定着を目指していたことがわかる。同科研費の成果の一つに、佛教大学ビハーラ研究会があり、今日、ほぼ月一回のペースで、「仏教と社会」をテーマに市民と僧侶が勉強会を開催している。

同時期には、伝統仏教である浄土真宗本願寺派（以下、本願寺派）も、医療分野における看取りの課題に対し、積極的に参与検討を始めた時期でもある。伝統仏教として、組織的に、ビハーラケアの検討を始めたことは、当時としては画期的な試みであったと言える。本願寺派は、計画的にビハーラ計画を策定し、これら取り組みを3期分類として振り返っている。活動の初期として、ビハーラ創造時代（1986年～1989年）には、高齢化社会における高齢人口の増加と、病院死増加における医療者の苦悩を受けて「医療と宗教（伝道）に関する専門委員会」を創設し「ビハーラ活動研究会」を発足させている。そして、翌年の1987年には、この研究会から発展して「ビハーラ活動者養成研修会」を開始し、1期生の募集を行っている。全国に広がる本願寺派寺院や門徒に対する募集の際に、ビハーラの名称が使用されたことで、一部研究者の使用に留まっていたその名称が、周知されるきっかけになったであろうといえる。

この申し込み資格は、住職などの宗徒、いわゆる僧侶のみではなく、寺族や門信徒も対象としていたことは、教団として広くビハーラ活動を広報することで、すそ野を広げる意図があったのではないかと思われる。つまり、本願寺派の行うビハーラ活動の方向性は、この時期、門徒と協力してビハーラ活動を行うことであったことを示している。このことは、ビハーラの活動の一環である医療におけるケアに、宗教者と門徒による共同ケアに繋がる可能性もあったといえる。しかし、これは、病院での門徒の活動を想定しているのではなく、あくまでも、在宅死や、病院での身内の看取りのあり方としての活動者を想定していた。また、当初の研修の参加者は、僧侶以外の家族である寺族の参加があったことから、ビハーラの啓発には一定の効果があったとさえいえる。

以降、本願寺派は、その時の社会情勢を考慮しながら、約20年の長期にわたり、計画的にビハーラについて策定していった。この20年の歩みは、本願寺派によって、以下の3期<sup>35</sup>に分類して総括されている。この沿革については、筆者による3期分類の中で、随時言及していきたい。

---

<sup>34</sup> 2期の一般研究（B）での『ターミナル・ケアの従事者の教育に関する研究』では、ビハーラ僧養成への提言に言及している。

<sup>35</sup> 「ビハーラの歩んだ20年と今後」より、分類を引用。

- ◆ビハーラ創造時代（1986 年～1989 年）
- ◆ビハーラ教区展開時代（1990 年～2000 年）
- ◆ビハーラ見直し時代（2001 年～2008 年）

## 自律的展開期

この時期では、仏教者である僧侶を常駐させケアに当たる病院は、ほとんど例がない状態であった。ビハーラ発案者である田宮氏が 1992 年に新潟県長岡市で、長岡西病院ビハーラ病棟を開設し、僧侶の常駐にまで繋げた経緯については、一般には、あまり知られていない。しかし、今後の病院における僧侶の常駐には、パイオニアの長岡西病院におけるビハーラ病棟の設立までの経緯は重要な事項であると考え、筆者は、2010 年 8 月の長岡西病院への病院見学を行った。

その際、常駐僧侶に対し、ビハーラ室での 3 時間のインタビューを行い、僧侶や仏堂の配置への経緯についても聞くことができた。開設に至った背景は、長岡西病院が、田宮氏の縁者による経営であったことが、開設の一番の要因であり、僧侶常駐の体制維持には、新潟の仏教者の会の協力があつたことが判明した。確かに、病院における病棟の新設や新たな専門職の雇用は、会社組織同様、法人の理事長や院長など上層部の最終決定によるところが大きい。そのため、新たな職種である宗教者の配置や宗教的ケアの導入でも、一般病院の上層部の同意を得るという過程を踏むことになる。しかし、本章第 1 節で述べたように、現代の人々は、宗教への関心の希薄さや理解がないことが多く、病院の上層部に対しても、宗教的ケアの理解と同意を得て、ケアの導入に至るには難しいことになる。

裏返せば、長岡西のように、経営に携わる上層部に縁者がいれば、開設に至る過程はさほど難しいことではないといえる。同様に、宗教団体が病院を設立することは、本願寺派のあそか開設のように、同宗門の理念に基づく実践であるため、難しさは軽減する。しかし、本願寺派は、宗教法人であるため、病院の開設や病棟の認可、専門職の確保、そして、何より病院を運営（経営）していくことは、その分野の専門職の確保という課題があり、非常に困難な側面も存在する。一般的に、病院経営は、会社組織のように、利益追求を目的とした経済活動ではなく、公共性の高いものである。宗教団体が病院を開設するとなると、公共性の背景に、慈善的側面や社会的意義による側面が社会から要請される。このため、病院運営（経営）にあたり、運営維持と宗教団体が開設する社会的意義の均衡が最も重要となってくる。難しいのは、慈善や社会的意義が過度に優先されると、病院運営は成り立たなくなり、破綻が起きる。経営を優先させると、宗教団体が開設している意義は喪失する。そのため、宗教団体による病院の運営（経営）は、一般の病院より、開設に至ることや維持が困難になることも予測される。あそかにおける、そのような複雑性の高い運営と維持を行っている本願寺派教団の実践は、後に続く宗教団体や宗教的ケアを行う宗教者に対する、パイオニアとしての重責も伴っているといえる。

この時期の仏教的ケアの研究では、佛教大学が 1 期研究を受け、『ターミナル・ケアの従

事者の教育に関する研究』2期 1988－1990 一般研究（B）へと発展し、1993 年には、専門職の確保の課題に対応した「佛教大学仏教学科専攻科（後に仏教看護コース）」が開設された。これは、臨床を意識したビハラー実践者の育成が目的であり、当時の臨床研修の場は常駐僧侶を配置している唯一の事例である長岡西病院であった。宗派としての育成によらず、大学専攻科にビハラー看護コースを開設することは、日本で初の試みであり公共性を担保とした宗教的ケア要員の育成であったといえる。しかし、定員 10 名に対し、希望者は、僧侶以外には、看護師、ケアワーカー、教員等が半数を占め、仏教を学びたいという医療従事者の関心は寄せられたが、僧侶や僧侶となる学生の関心は必ずしも高くなかった。これは、専攻科終了時の資格となるビハラー僧が、佛教大学独自の認可資格であることや、当時、僧侶だけでなく社会への喧伝や周知も乏しかったことが理由として挙げられるだろう。そのため、画期的な試みであったが、宗教的ケアに従事したいと願う僧侶にも、ビハラー看護コースの意義は周知されることなく、専攻科は大学によって廃止された。このことは、僧侶に向けた宗教的ケアの意義についての喧伝や周知という課題が残ったと言える。

この時期の本願寺派では、筆者の整理した自律的展開期では、ビハラー教区展開時代（1990 年～2000 年）として、様々な活動を行ってきた時期にある。本願寺社会部によると、「ビハラー活動者養成研修会」を修了した人の活動先は、主に、人の紹介や、自らボランティア先の病院を探すことで、傾聴等のケアを行っていたとのことだった。現在も、講座修了者の活動先は本願寺派社会部発行『20 年総括書』によると、現在においても基本的に同様である。

また、筆者の自律的展開期だが、本願寺派によるビハラー教区展開時代と、ビハラー見直し時代（2001 年～2008 年）が一致している。‘見直し’とは、おそらく、これまでの実践による再考と展望という視点があると考えられ、これまでのビハラー活動者養成研修会のカリキュラム見直しが行われている。そして、ビハラー教区展開時代からの社会的課題となっている高齢者の増加に伴う病院死の増加に、これまで以上の医療者の苦悩が予測され、これに対応する拠点の開設が検討された。この課題については、のちに「社会福祉施設の建設専門委員会」が組織され、伝統仏教が主体となって開設する初の医療福祉施設として、2008 年には、特別養護老人ホーム「ビハラー本願寺」、そして緩和ケア病棟として「あそかビハラークリニック」が開設に繋がったのである。あそかにおける僧侶の活動は、第 3 章で、詳細について述べるが、この時、仏教独自のケアの一つである、法衣（布袍）を着衣とする読経と、ジャージや作業衣などを着衣として看護師らの業務の補助を行うことが想定されていたのである。

本願寺派にとって、この両施設の位置づけは「ビハラー活動養成時にあたって有効利用されるとともに、ビハラーケアの全国発信基地の役割が期待される」<sup>36</sup>ものとされた。つまり、仏教的ケアを行う、宗教者やボランティアの養成にあたっての拠点になること、そして、実践の場を開設することで、仏教的ケアの有用性を啓発することなどの役割を宗教と

---

<sup>36</sup>「ビハラー活動 20 年総括書」報告書の中の「ビハラーの歩んだ 20 年と今後」より抜粋

して引き受けたものであるといえる。しかしながら、ビハーラ活動者養成研修会を終えた寺族や門信徒の活動は、京都に一か所のみの医療福祉施設の受け入れでは活発にはならず、かつての民衆と一体した日本的看取りの復活ではなかった。

現在、この施設における仏教的ケアは、僧籍をもった僧侶のみの採用で、それ以外の人には、仏教的ケアの研修の場となっている。本願寺派は現在のところ、あそかにおいて、教区寺族や門信徒のボランティアを組織的に受ける予定はないようである。そのため、研修会を修了した、あるいは、あそかでの研修を終えた寺族や門信徒は、それぞれの地元の縁で、ボランティア活動を行っている。本願寺派には、このような「ビハーラ活動者養成研修会」の修了者を、かつての看取りのように、僧侶の行う宗教的ケアに共に参画させることで、今後急激に死者の増加が想定される多死の時代に向けて、新たな日本的看取りのあり方が提示できるよう期待したいところである。

また、自律的展開期には、長岡西以前の 1990 年に、ビハーラ花の里病院<sup>37</sup>が、仏教者による参与を実践していた時期でもある。長岡西は、日本で初めて、病院に僧侶を常駐させて、病棟で直接的ケアにあたっていたことで、注目を集めていたが、ビハーラ花の里病院でも、長岡西の仏教的ケアと一部同様に、患者に対して、読経や法話を行うことで、傾聴や寄り添いに繋げてきたようである。筆者が実際に、見学した長岡西やあそかに共通するのは「仏教者として」法衣を着て、法話や定時の読経を行っていたことだった。これは仏教独自のケアであり、その他の宗教からの影響などを受けていないため、仏教による自律的なケアといえるだろう。

この自律的展開期は、提唱期での学問領域や宗教者らの研究によって、キリスト教のホスピスに代わる、日本型宗教的ケアとしての仏教の応用について検討され、実践された約 20 年である。この 20 年間の実践では、周知に努めただけでなく、仏堂、常駐僧侶、法衣を着衣した法話という仏教的ケアの基準も確立されていったといえる。これは、医療における日本的な看取りの先行事例として、長く多方面によって認知されていくようになった。

日本的看取りとして、病院で、法話を行われるようになったのは、日本の病院での先駆事例であるキリスト教による礼拝堂、チャプレン、説論などに倣ったことが背景にあると考えられる。また、僧侶の役割の一つである葬送儀礼での遺族への法話が、遺族にとって慰めになっていることから、病院における看取りの過程においても、患者や家族に癒しや安らぎを与えることができることを期待したものと言えよう。

他に、宗教団体が主体となる病院として、天理よろず病院（1939～）PL 病院（1948～）立正佼成会付属佼成病院ビハーラ病棟（2004）などがある。いずれも多く診療科があり、地域医療の中核を担っている病院であるが、信徒や宗教者の参与や程度については、ホームページ上では確認できなかった。これは、今後の研究課題として残っている。

---

<sup>37</sup> 広島県三次市。HP によると、「日本で初めて、こころのケアを目的としたビハーラ病院」とある。系列に老人福祉施設、ケアハウスなどがある。常駐僧侶がいる。法人に寺院の関係者がいるとのことである。<http://www.kaigonet.net/vihara/>

## 社会化期

以上のように、「仏教的ケア自律的展開期」は、ビハラー研究から、実践により活動実績を積み重ね、日本型宗教的ケアへの道筋を作ったこと、そして、仏教によるケアの周知に至った意義深い時期でもある。

しかし、無宗教や、死生観の多様性から、墓という明治期以降のイエ<sup>38</sup>を中心とした伝統的な方法ではない、海洋葬（散骨）、樹木葬等という葬送儀礼が人々に選択されること増えた。つまり、葬送儀礼において、宗教への認識が明らかとなり、このことは、必ずしも、死に関することが「仏教的な」要素として、重視されなくなっていることを示している。また、現代は、宗教がイエを中心とした「受け継ぐ」ものから個人的に「選択する」ものになったことは、人々にとって、日本的な看取りが宗教的である必要も、仏教である必要も無くなりつつあるのである。よって、伝統仏教も、死生観の多様性に対応する必然性に迫られたのである。

「日本的な」とは、その時代において、多くの日本人が所有する文化である。この文化は、形骸化されながらも護持される固定的な文化と、変化する流動的な文化がある。後者における文化の形成に、一例として、医療制度の変更や修正に連なった死生観の変化というものが挙げられる。これが、いわゆる樹木葬が選択される背景の一つでもある。そのように考えると、医療における日本的な看取りや宗教的ケアも、仏教が基準であり続けることはなく、今後も人々の価値を受けて、そのあり方は流動的になっていくといえる。要するに、現在の日本型宗教的ケアとは、宗教宗派に帰属しない、「現代の人の多様な死生観を尊重したケアであり、仏教的生活の残滓である習俗やアニミズム崇拝、そして特定の信仰が無い宗教性等を対象にしたものがケアの範囲」となる。つまり、宗教者のケアする対象は、必ずしも、伝統的な仏教寺院に帰属していないことが多いため、宗教的ケアも、応用可能なユニバーサルケアとなる必要性が生じたのである。これにより、仏教的ケアは、信仰の基盤に立脚する宗教的言説や仏堂の設置は、原則不必要となり、ケアに適合するよう帰属する宗教の明確な提示をすることは求められなくなったといえる。これは仏教の社会化と言え、現代の死生観に即応させたものである。そのため、この時期を「社会化」としたのである。

しかしながら、帰属する宗教に立脚することで、宗教者であると言えるのであり、ケアにあたって、その宗派宗教の教義を、内面留保させることは、提供するケアと宗教者の信仰心における葛藤はないのだろうかと考えた。そこで、筆者は、東北大学と講座を連携する関西の大学で臨床宗教師養成講座を修了した僧侶に対してインタビューを行った。この調査は、当時筆者が所属していた大学院の研究倫理審査会の許可を得て行っている。インタビュー内容は下記の項目に沿って行っている。

---

<sup>38</sup> 日本民俗学の創始者といわれる柳田国男によって、主に民俗学の分野での表現。いわゆる「家」という建物ではなく、滋賀県立琵琶湖博物館の嘉田由紀子は、イエとは従来の日本社会に特有な固有文化性ともいえる家族という概念も含めるものであるとしている。

- ① 寺院僧侶からみた宗教と社会
- ② 臨床宗教師のあり方と資格を生かした将来像
- ③ 受講と宗教の社会活動

インタビュー時期は2017年4月で、インタビューの対象者である僧侶の寺院にて約3時間行っている。倫理的な配慮に関しては、所属大学の許可を受けた方法にて倫理的な配慮を行っている。本インタビューは、2017年6月の「第32回日本保健医療行動科学会大会」で事前査読を受けた上で、学会発表も行っている。インタビューは、基本的に上記の項目に沿って行ったが、自由な発話の中で、養成講座と臨床宗教師の実践について語ってもらっている。

このインタビューで、特に留意したのは、「宗教的言説を基本的に用いない寄り添いの実際について」と「これまでの仏教者の活動である‘ビハーラ僧’と臨床宗教師の違いについて」である。彼は、この2点について、「実際には葛藤がある。寄り添いはできているつもりだが、相手の宗教性まで肉薄できていない」とし、「臨床宗教師というネーミングにより（宗教色を排除した）活動はしやすいと思っている」とのことだった。宗教的言説を用いることなく寄り添う方法は、養成講座で習得しているが、宗教的背景を持つケアの担い手としては、対象に寄り添えているかという葛藤があるとのことだった。

また、彼と同じ養成講座を修了した臨床宗教師と話す機会が同時期にあったが、その臨床宗教師は、自身の基盤である宗派にはない、宗教的モチーフを設置した病院に勤務しており、「宗教的モチーフを前にして、宗教によらないケアは何か、と常に考える」とのことだった。インタビュー対象者である臨床宗教師と同様、実際の臨床では、対象に寄り添いながらも「臨床宗教師によるケア」について葛藤が少なからずあることが確認できた。そして、双方の臨床宗教師に共通していたことに、医療従事者から「死の専門家だと思われる」ということだった。宗教者が死の専門家であるとするならば、それは、教義に由来した死生の言説を持つということであり、臨床宗教師の目指すところの特定の宗教に帰属しないケアの担い手にはならない。

この調査から、明らかになったことは、修了生は、臨床での実践を通して、さらに、自らの宗教性の再構築を行っているということである。すなわち、自らの宗教的ケアを絶えず、臨床宗教師教育と照合しながら、専門的なケアの提供に努めている。この臨床宗教師教育の詳細については、次節で詳述する。

この仏教の「社会化」の時期には、心のケアを医療に馴染む形で、新たな専門職を創設しようとした別の動向もある。臨床宗教師と同様に、患者の宗教性に寄り添うケアとして、宗教者に限定しないスピリチュアルケア師や、厚生労働省と文部科学省の認可による公認心理師の創設などがある。公認心理師が、医療チームの一員としてみなされ、医療機関内で心のケアを一任されることは、決められた時間の枠組みで、医療の範疇でない患者の発言にも対応させることになり、公認心理師の負担が大きくなる。その理由は、第1章で述べたように、看護師が患者に対応するための時間の不十分さが苦悩の背景にあったからで



ある。心理職が、同じように多忙な医療職になることで、結果、患者の不安や葛藤の背景にある孤独は解消できるのかと考える。

本願寺派においては、2008 年以降の第 4 期にあたる展望としては、当初としては、ビハーラ専門僧（仮称）の位置づけや研修、ビハーラケアワーカー（仮称）の認証についての構想があったが、現在、日本における宗教的ケアの潮流である、超宗派による臨床宗教師との提携に、関心を寄せている様子で、実際に、あそかのビハーラ僧に、臨床宗教師の資格を付与している。

次節では、新たな宗教的ケアの主体である臨床宗教師の沿革と養成について言及することで、現在の日本的な看取りのあり方を考察していきたい。

### 第 3 節 新たな宗教的ケアの創出－臨床宗教師モデル

臨床宗教師とは、2012 年に、東北大学大学院文学研究科実践宗教学寄付講座によって創設された宗教師の社会化を行う養成講座である。2018 年からは、修了生は一般社団法人日本臨床宗教師会から、認定臨床宗教師の資格認定を受けている。この東北大学で始まった試みは、現在、宗門系の大学を中心に、2014 年に龍谷大学大学院実践真宗学研究科、2015 年には高野山大学大学院、2016 年には上智大学大学院実践宗教学研究科で開講されている。他にも、多くの宗門系大学を中心に講座が開講されてきている。この間の 2013 年から 2015 年には、地方部会のような形で、関西臨床宗教師会、九州臨床宗教師会などが結成されている。その統合である日本臨床宗教師会の「臨床宗教師倫理要綱 2016」では、前文に「宗教・教派・宗派の立場を超えて人々の宗教的ニーズにこたえる専門職」としての臨床宗教師の倫理要綱が提示されている。

#### 臨床宗教師倫理要綱 2016

- 1、 ケア対象者の人間として、個人としての尊厳を尊重する
- 2、 人種、生、年齢、信仰、国籍等によって差別をしない
- 3、 ケア対象者の信念、信仰、価値観の尊重
- 4、 臨床宗教師自身の信仰を押し付けない
- 5、 ケア対象者に関する情報の守秘義務
- 6、 アドボカシー
- 7、 情報の適切な扱い
- 8、 臨床宗教師として適切な振舞
- 9、 所属組織の規律遵守
- 10 同僚との適切な関係
- 11、他の組織との良好な関係
- 12、 宗教間の良好な関係に促進

### 13、 自律的かつ持続可能な体制の構築

### 14、 自己向上義務

この要綱は、臨床宗教師としてのあり方を示しているが、これまでの、長岡西やあそかななどでの宗教的ケアのあり方と基本的には同等である。しかし、これまでと違う点は、一つには、超宗派での連携を組織化したこと、二つ目には、資格を持って、自らを宗教的ケアのニーズのある人々に対応する「専門職」として位置づけていることである。これは、多くの大学において、共通する標準的な教育体系を持つことができたことによるものである。このことは、東北大学を始めとした、各教育機関の協力によって、宗教的ケアの地位の確立に貢献したものであるといえる。

各大学の養成教育では「布教はしない」「具体的な社会貢献」という臨床宗教師としての理念の共通を基本として、大学によって特徴のある講座となっている。

医療系の資格によらず、資格の前提条件には、普遍的教育体系が求められる。そのため、カリキュラムの共有をしなくてはならないが、概ね、各大学で東北大学を踏襲した共通のカリキュラムであるようである。臨床宗教師を紹介したパンフレットによると、東北大学のカリキュラムは、講義と実習が中心となっている。以下に、その講義科目の一例をパンフレットから転載する。(表 2-2)

表 2-2 東北大学 講義科目一例

臨床宗教師 の倫理	宗教間対話	民間信仰論	在宅緩和ケア	精神保健と医療
スピリチュアル ケア	宗教的ケア	グリーフケア	放射能の影響	地域と文化
臨床宗教師 の社会実装	公共性の確保	会話記録 の作成方法	人権擁護	実践宗教学

講義科目一例から、注目すべき点は、スピリチュアルケアと宗教的ケアが分けて考えられている点である。これまで、人の実存に関わるスピリチュアルな事項、例えば「死んだらどうなるのか」という問いや「死んだら大海原に散骨してもらい旅に出る」というような、‘旅’の行き先は、具体的に意識されていないため、スピリチュアリティによるものであるといえる。そして、ある種の宗教性でも宗教的であるともいえる。双方のケアは、特定の定義も持たない（持てない）ことから、スピリチュアルケアと宗教的なケアは、異質か同質か常に、様々な分野で論じられてきた。同質だとされる理由に、患者の発言が明確に宗教的かスピリチュアル的であるかを区別できないことを指摘する。異質であるされる理由には、現在、宗教的ケアにおいて宗教的言説を用いたケアは行われなため、あえて区別するとすれば、ケアの担い手が宗教者であるか、否かという点においてだろう。臨床

宗教師のカリキュラムでは、ケアの担い手が宗教者であるということから、講義を区別して行い、それぞれのケアについて理解をするという意味としても捉えられ、興味深いところである。他に、民間信仰、地域と文化なども、講義にあるため、帰属によらない宗教性への理解という点において、現代が持つ多様な死生観への理解にもつながるため、現代事情に即しているといえる。他には、医療に欠かすことができない記録作成についての講義があることも特記すべき点である。

このような講義と実習は約3か月で終了する。実習先は、東北大学では福島県を中心に、長岡西や、関東や関西にまで及び2015年時点で、15か所を確保している。これだけ多くの医療福祉施設の協力があることは、今後の各大学での養成に弾みがつき、臨床宗教師の発展においても期待がもてるところである。

このようなカリキュラムの構成は、東北大学の寄付講座の開設時からのメンバーである東北大学大学院文学研究科の谷山（2017）は「1990年代の米国で始まった臨床牧会教育をモデル」を参照したものだ述べている。すなわち、日本における終末期医療等のあり方は、キリスト教のチャプレンによる宗教的ケアや、臨床宗教師養成講座のカリキュラムなど、その多くが、この分野で先鞭をつけたキリスト教モデルの実践を参照したものであるといえる。これは、キリスト教が、近代から医療との協働において、多くの先例を持つことが背景にあるといえる。すなわち、今日の日本における宗教的ケアは、そのようなキリスト教モデルによる実践を「日本的な」ものと置き換えて、活用しているのである。

しかしながら、キリスト教同様に、宗教ケアの担い手として想定されるのは、近年の日本においては、一貫して「宗教者（仏教者）」に限定されていて、信徒の参画は議論の端にも上らない。これも、キリスト教によって、病院で行われていた牧会的ケアの様式に倣ったものであると考えられる。神父やチャプレンが、患者を導き、慰めを与える牧会的ケアは、宗教者が行うケアであるというモデルを定着させ、日本の医療においても、この宗教者モデルが連綿と受け継がれているのではないかと考える。

しかし、日本では、第1章で述べたような、民衆と一体となっていく看取りや、地方によって違いがみられる多様性のある方法で看取りが展開されてきていた。台湾に目を向けると、かつての日本のように民俗信仰を生かした看取りや、宗教者と共に信徒が看取る宗教的ケアが、一部現在でも行われている。このように考えると、宗教的ケアにおける看取り過程への参与は、宗教者限定であるという前提について、再考の余地があるといえるだろう。台湾の信徒の事例は、患者の話を傾聴し、一人にしないことは宗教者の宗教性だけでなく、その宗教の信者の宗教性も、ケアに活用できる可能性を示唆している。

次節では、シシリー・ソンドースが提唱した、終末期の患者に必要とされる「多様な人との協働」として、宗教者に限定されない信徒の宗教性を生かした活動とケアについて、台湾の慈済会の信徒におけるケア活動と、日本の本願寺派教団における門信徒を包摂したビハーラ活動の二つを事例に、検討していきたい。

## 第4節 宗教者主体の宗教的ケアの検討—台湾・慈濟会教団の信者の活動から

### 1) 仏教教団における信徒の活動

慈濟会は、台湾の四大仏教教団<sup>39</sup>の内の一つで、1966年に開祖である證嚴法師によって設立されたものである。1980年に財団法人格を取得してからの正式名称は、慈濟基金会である。2006年には、證嚴法師（2008）によって「慈濟宗」とされ、以降、宗門として依拠する經典とその解釈等、教学体系を整備している。現在、台湾の信徒には、通称として慈濟（ツーチー）と呼称され、社会的には、略称である慈濟会と言われている。この章では略称として以下、慈濟会とする。

慈濟会の設立当初の活動は、陳（2004：104）<sup>40</sup>によると、法師と数人の女性信者による居住地域周辺の貧困者や単身者への医療援助が始まりであったとされる。現在は、台湾東部の都市、花蓮にある静思精舎が本部（[参考資料](#)、写真②）となり、出家者の住まいも兼ねている。そのため、自給自足生活を支えるために、広大な畑も所有しており、出家者と信徒が共に耕作をしている（[参考資料](#)、写真③）。

現在の慈濟会には、多方面にわたる社会奉仕活動があり、宗風精神とされる4大志業8大法印に基づいて行われている。4大志業とされるものに①慈善（奉仕）②医療③教育④人文がある。活動は8大法印として、上記4領域に加えて⑤災害国際援助⑥骨髓バンク⑦環境保全活動⑧社会（地域ボランティア）が加えられ、合計8領域がある。本章では、このうちの医療に焦点をあてて、医療と宗教の関わり方について検討を行っていきたい。

慈濟会の医療志業の目的は、高（2005：89）によると、医療資源へのアクセス困難者への対応であり、対象は、支弁能力を問わず全ての患者であるという。すなわち、人々が医療に繋がるためのあらゆる困難の解消に努めることが、その目標であるといえる。これは、救貧だけに着目するのではなく、医療機関がない地域における病院建設も、アクセス困難であると捉え、1986年に花蓮慈濟総合病院を開設している（[参考資料](#)、写真④）。この病院の理念（高、2005：79）である「患者の気持ちを尊重し、医療者と患者は良好な関係を築くことに努め、人間味のあるケアを医療現場に取り入れる」という実践は、多くの花蓮地区の人々に受け入れられ、1日の平均外来患者数1784人（高、2005：79）、急患150人の患者が受療する地域の主要病院になっている。現在は、病院建設の構想が進み、慈濟会の系列病院は台湾全土<sup>41</sup>に及んでいる。

また、病院建設のみならず、医師・看護師・ソーシャルワーカー、ボランティアらで組織された「院外計画」として、病院と連携した在宅医療にも目を向けている。これは、台湾における、最後の瞬間は自宅で迎えるという風習にも対応しており、高（2005：81）に

<sup>39</sup> 佛光山、法鼓山、慈濟会、中台山。

<sup>40</sup> 募金により救貧を行い、加療が必要な女性を入院させたことが医療援助の始まりであるとしている。

<sup>41</sup> 1996年、南部の慈濟大林病院。1999年、慈濟病院玉里分院。2002年、中部の慈濟潭子総合医療センター着工。2005年、北部の新店に分院。

よると、「慢性疾患患者と継続して連絡をとることにより、医療と患者の住環境を改善すること」が目的とされている。継続して連絡を取ることは、福祉的な見守りの要素が強く、患者が孤立しないという点において、在宅医療における心を支えるケアの一つであるともいえる。

他に、医療機関の建設とネットワークに関連した教育志業として、花蓮市内には、看護師養成機関として、慈済看護専門学校（1989 年）、医学部を有する、現在の慈済大学（[参考資料](#)、写真⑤）の前身、慈済医学院（1994 年）を開設している。證嚴法師は、教育機関の開設の理由として、特に医学生は、医師として臨床に入るまでの期間に、医学的知識と、人格を醸成する教育の統合が必要であると考え、医療志業である病院建設だけでなく、教育志業として医療者養成機関の開設を行っているとのことだった。

このように、当初から現在に至るまで、貧困家庭の病を医療へとつなげる救済活動を行うとともに、病院設立と医療ネットワークへの道筋を着実につけてきたのである。このいずれの病院開設にあたっても、信徒からの寄付のみで開設してきている。慈済会の信徒（会員）は、中・下流階層であることが多く、富裕層による大口の寄付だけによることはない、これらの小口寄付が中心である。

慈済会を寄付とボランティアで支える信徒と慈済会の関係は、日本のようなイエを中心とした寺檀関係ではなく、会の活動に賛同した個人の「入信（入会）」による制度によって組織化されている。会への所属を希望する人々は、入信・信徒というより、慈善事業を行う目的で、入会・会員としての意識を持った人々も一定数いると思われる。現在、教団の組織構成は、法師と出家者を筆頭に、委員、慈誠隊員（男性ボランティアチーム）、榮譽董事（寄付金が 100 万元に達した人）、慈済青年隊、そして一般会員（在家信者）から構成されている。金子（2014）によると、現在の推定信者(会員)数は 400 万人<sup>42</sup>を超えているとされる。

慈済会は、会員（信者）に対して、入会する以前からのイエの宗教と、教団への入会・活動という重複する宗教があることを認めている。つまり、個人における宗教の多元性を認めているのである。しかし、会員の入会の多くは、妻や母親が活動する様子を見て、子どもと夫が加入するケースが多いため、家庭内における宗教の多元性はなく、結果、イエの宗教となっているといえる。また、台湾の信仰分布<sup>43</sup>としては、道教と民間信仰の習合信仰が多く、キリスト教徒も多い割合でいる。このため、慈済会に加入したのちも、地域の習合寺院や教会などにお参りすることもあるという。これに関しては、日本の神仏習合の信仰と同じところである。

慈済会の教義としては、仏教の教えに基づいた證嚴法師の言葉が、いわゆる宗旨であり、

---

<sup>42</sup> 現在、公式に会員数の発表がない。

<sup>43</sup> 台湾内政統計年報 2009 によると、台湾の信仰人口は、道教 79 万人、プロテスタント 38 万人、カトリック 17 万人、仏教 16 万人であるとされている。

それをまとめた『静思語』<sup>44</sup>が会員（信徒）の活動指針である。教えの中心は「衆生の救済」である。法師の志を継ぐ信徒は「志工」と呼ばれ、無償で社会奉仕として志業を行うが、その他にも、国内外の信徒（会員）らは、社会奉仕を教団の活動としながらも、会員によって自律的に支援内容や方法の決定を行えることから、教団の活動には会員の自由な自律性があるといえる。海外においては特に、グローバルに活動する華僑等の個人間ネットワークを生かしながら、その国の文化風習を尊重し、柔軟に展開している。つまり、在家信者にある程度自由な決定権があることで、社会奉仕活動する際には機敏に支援として地域に繋がりやすいといえる。日本では、東京支部と大阪に連絡所<sup>45</sup>がそれぞれ一カ所存在するが、概ね、台湾の人々であり、筆者の感想としては、日本人の会員は少ないようである。

各国の支部は、社会奉仕の活動の拠点としてだけではなく、災害時において援助等を行う際の拠点にもなっている。災害時の援助には、その時のニーズに応じて「緊急」「安住とケア」「心身の回復と再建」を段階的に行っている。例えば、慈済年表によると、2001年の納莉台風での台湾全土の被災では、約2万3千人<sup>46</sup>の慈済会のボランティアが志業としてその段階に応じた活動を行っている。「緊急」の支援としては、食事の提供や避難先の環境整備である。次に「安住とケア」の段階では、仮設住宅の建設、医師による無料診察などを提供し「心身の回復と再建」の段階では、慰問金の給付、供養など多岐にわたる慈善活動を行っている。災害支援では、災害時には、多くの関心が被災地に寄せられ、人的資源も多く集まるが、日を追うごとに、人々の関心は薄れていきやすい。慈済会では、「最後まで残る」支援のため、3段階の活動目標を掲げ、実際に行ってきたのである。他に、信徒における特記すべき活動としては、2002年の航空機墜落の際に、死体の確認を行う遺族に付き添い、慰めることもあったと東京支部の信徒に聞いた。国外の災害時支援では、特に、被災国の宗教的な事情、国民の慣習、医療的な制約を配慮した活動を行い、長期にわたる場合は、募金を行い、その支給先の検討まで行っているという。そのため、慈済会の信徒と被災地の住民の間に摩擦は生じることはないようである。これは、被災国の事情によく精通した支部の在家信者が中心に活動を行っているためである。

宗教団体としての背景がある慈済会が、世界各国でその支援について高く評価され、かつ被災国が、友好的に支援を受けていることについて、いくつかの要素があげられる。第一に、慈済会が台湾の「宗教団体」としてではなく、あくまでも台湾人の「有志」による集団支援として見られていることである。これは、母体である慈済会が、政治的思想と断絶しており、中立の立場を表明していることから受け入れ国に懸念が生じることはないといえる。また、慈済会が活動時にパンフレットを配布するなどした布教を一切行わないため、現地との摩擦を起こさないこと、そして、宗教的多元性のある会員らによる、被災

<sup>44</sup> 証嚴法師の言葉をまとめたもので、経典というより、教本に近い。中文、英語、日本語、スペイン語の4か国の翻訳版がある。

<sup>45</sup> 定期雑誌である『慈済月間』巻末に支部の連絡先の掲載がある。

<sup>46</sup> 『証嚴法師と慈済世界 慈済功德会設立の由来とその後の展開』からの引用。

国の宗教を尊重も理由としてあげられるだろう。実際、花蓮慈濟病院にはキリスト教礼拝堂<sup>47</sup>も設置しており、過去には、海外の被災地域で、モスクの再建も行っている。

## 2) 会員数の展開と倫理的行動規範

慈濟会は、その発足から 50 年ほどの間に、国内外において順調に賛同する会員を増加させてきた。その過程においては、会の発展に伴い、事務局や委員の増員、慈善活動の専門分化、慈善活動の計画策定等を行い、法師の理念に沿った活動が規則的で安定的に提供できるよう、緩やかに組織整備をはかっていった。

多くの専門分化・組織化された集団は、柔軟性や即時性が無くなり、縦のラインが強固となることで組織が硬直化しやすい。しかし、慈濟会においては、人との縁による『人間（じんかん）仏教』であるがゆえに、有事の際には、まず、現地の会員相互のネットワークを生かして迅速に行動を起こすことができている。これは、慈濟会は、組織的でありながらも、構成員としての会員の自立性を最大限尊重していることから、柔軟な支援に結びついているといえる。先に述べたように、有事の際の緊急的な状況が無くなると、多くの人の関心が薄らぐ中に、最後まで残るという活動の継続性も、人々によって評価され、会員数の増加へと繋がっているともいえる。これは、会員の倫理的な信念による慈善的活動が、教団全体への評価へと繋がり、人々が自発的に慈濟会の入り口に立つことにもなっている。実際、慈濟会大阪連絡所で聞いたところでは「私の娘が病で大変な時に支援してもらったので」という理由によって、慈濟会に信頼を寄せ、活動を共にするようになったとのことである。このように、活動に賛同した会員の中には、援助を受けたものが、のちに援助活動に参加するというような互酬性は、社会奉仕活動の動機の一つとなり、組織に対する帰属意識を高めることになる。すなわち、慈善事業は宗教的使命によって行われているが、この時の会員の倫理的な行動が、ある種の布教となり、新たな同胞が増えることが会員にとっての志業となっている。

また、海外の広い地域に会員数が増加していることは、教団の理念でもある「地球や人類の益となる」事業や活動が、背景にあると考えられる。地球や人類に対する愛他性は、グローバル社会における共通する価値である。つまり、国境や宗教を越えて共有しやすい理念によって賛同者を増やしているといえる。

慈濟会については、現在信徒（会員）数は非公開であるが、支部・連絡所の一覧では、世界のあらゆる地域に展開しており、その支部組織の多くはアメリカや東南アジアなどに集中している。このことは、「華僑」という存在が一役を果たしていることが推察される。このディアスポラ（diaspora）<sup>48</sup>による寄付と人脈によって、慈善活動が行うことが可能となり、それが現地で評価されることによって、地域社会から慈濟会が公認される。つまり、

---

<sup>47</sup> 慈濟会花蓮病院。花蓮県では原住民アミ族等の割合が多く（約 30%）、彼らの主な信仰であるキリスト教に配慮している。

<sup>48</sup> 故郷を遠く離れた同胞移住者、華僑。



慈済会は、トランスナショナルな同胞ネットワークの活用をすることでも、活動の周知が可能となっているといえるのである。

しかし、東南アジアと同じく距離が近い日本において慈済会の活動が広く認識されていないのは、日本国内の華僑によるコミュニティが小規模であること、そして、現代日本の宗教観が、ボランティアという側面を受け入れがたくしているのではないかと考える。もしくは、救援活動を行う慈済会の人々が、単に「台湾の人々」からの支援と認識されているのではないだろうか。先の東北の大震災時の支援も「台湾からの支援金」であるとか「台湾の人々の支援」という報道がみられたが、現地映像は、慈済会の人々もいた。しかし、慈済会の人々は、熊本地震などのあらゆる被災地で救援活動を行っていても、布教に赴いているわけではないという認識と、衆生救済という理念によって活動しているので、特に、慈済会という認識を人々に与えることを希望していない様子である。

日本における慈済会は、他に、平素から様々な分野で社会貢献活動を行っている。その活動は、中国語教室や台湾料理教室、ホームレス支援等の祖の活動は多岐にわたる。さらなる活動に、日本の病院での傾聴ボランティアなども展望としてあるが、なかなか活発な活動には繋がらないようである。現在は、東京支部によると、東京都北区の医療福祉機関で傾聴ボランティアを行っているとのことである。大阪連絡所では、特にそのようなボランティア先はないようであった。このように、日本における医療での慈善活動が困難な状況においても、現地国の宗教事情の尊重という観点から、押し付けない姿勢でもって、小規模ながら活動を続けているのである。次節では、慈済会の旗印的な活動である病院と信者の活動について詳細に検討していきたい。

### 3) 志業としての病院と信徒による宗教性を生かしたケア

台湾全土で平素から、信徒によって活発に行われている志業の一つに、医療における活動がある。これは、慈済会の衆生救済を最も具体化した活動であり、宗教的使命によるものであるといえる。

慈済会の病院が、他の病院と大きく違う点は、やはり宗教団体が設立した病院であることから、ロビーや院内のあらゆる場所に宗教画が掲げられていることである。特にロビーでは誰もが目を引くほどの大きさで、菩薩像と地球（[参考資料](#)、写真⑥）や、仏教の祖である釈迦（[参考資料](#)、写真⑦）などが掲示されており、病者を一人にしないことや、地球を外から見守る人類愛的な表現となっている。これは、慈済会の衆生に対する救済を象徴的に表しており、人々の拠り所になれるような病院を具現化しているといえるだろう。日本において、宗教が参与する病院のロビーでは、宗教、特に仏教では、大々的に象徴するような絵画などは配置していないことが多い。地域拠点病院の役割を担っている花蓮総合病院で、このような絵画の掲示を可能としているのは、高（2005：71）によると、台湾の文化的背景が一つの背景にあるといえる。それは、現代の日本と違って、台湾の国民には、広く宗教全般に対する尊敬の念があるということだった。つまり、台湾の人々が、慈済会



の病院が宗教的であるからとの理解に留まらず、一般に、宗教そのものに対する尊敬が、公的性格の高い病院で、このような掲示物を可能にしていると言える。

また、日本の仏教では、見られない地球と菩薩立像だが、これは少なからずキリスト教の影響があるのではないかと考えている。その理由として、かつて證嚴法師が、修道女との宗教間対話において、高（2005：73）によると「仏教が（キリスト教に比べ）社会に対する具体的な表現に欠けるのは、仏教徒による善の願望は深いにも関わらず、その表現を持たないからではないか」との考えに至ったことなど、今日の慈済会の活動に影響を与えている点である。また、高（2005：72）も「実践面では遅れている近代仏教に対し、證嚴法師がキリスト教の‘博愛精神’に影響を受け、これを仏教に復活させた」などとして、キリスト教による影響を否定していない。このことは、日本同様、宗教的ケアの礎に、キリスト教によるケアが参照されていると言える。

慈済会の病院では、宗教的寛容として、キリスト教徒の多い花蓮において信仰への配慮も行っている。これは、慈済会の人類救済において、特定の信仰を持った人を含めた衆生救済であることを示している。具体的には、病棟におけるキリストやマリア像の掲示や礼拝堂の設置である（[参考資料](#)、写真⑧）。礼拝堂は、普段仏教徒にも使用されているため、キリスト教徒の礼拝時は、カーテンで仕切りができるようになっている（[参考資料](#)、写真⑨）。日本においても、仏教が行う病院や仏教的ケアを提供する病院では、現代人の多様性のある信仰を尊重しているが、実際に、他宗教の礼拝堂を設けているところはない。それは、現代の日本では、特に帰属する宗教を意識しない、もしくは帰属しないことも多く、宗教というより、個人の宗教性を尊重することが多いためであろう。そのため、礼拝堂の配慮にまで至らなくてもよいのである。その点、台湾の人々は、帰属する宗教に対して明確に自覚があるといえる。

病棟において、患者へのケアに携わるのは、医療職の他、常駐僧侶と志工と呼ばれるボランティアがいる。台北と花蓮の慈済病院における常駐僧侶は、一定のプログラムを終了した、いわゆる‘臨床宗教師’である。各病院に、毎日1～2名ほど常駐しており、患者の心のケアにあたるという。そして、常駐僧侶や医療従事者に協力する志工が、1日平均100人から200人、病院に一斉に出退し、出退時には、ロビーにおいて、先ほどの宗教画に向かって3礼拝している（[参考資料](#)、写真⑩）。

礼拝の後、志工は、それぞれの部署に出向くが、外来では案内やカルテの移動などを行い、病棟では、日本での緩和ケア病棟にあたる心寧病棟を中心に、患者の身の回りの世話としての掃除や散歩の付き添い、買い物の代理を通して、患者本人や家族への傾聴等を行っている。それ以外の時間は、心寧病棟の談話室では、多くの志工が、自然に座している姿を見かける。日本では、このように病棟で、医療職以外の人々が積極的に入院患者に関わることは、ほとんどない。散歩や買い物の代理は、病院に雇用されている介護士やヘルパーさんが行うことが多い。これは、責任の所在を明らかにするという、システムティックな管理によるもので、このことは、自由な人間の関わりをなくすことを意味している。つ

まり、医療職ではない多くの人間の出入りがあることは、責任の所在や防犯といった病院の管理上、不都合なのである。しかし、シシリー・ソンドースが述べたように、終末期の患者には多様な人の協働が患者の孤立を防ぐことになるため、このようなボランティアは、多様な家族形態を持つ現代人には、必要不可欠なことであるといえる。

さらに、第 1 章では、患者の悩みや思いを、ケアの担い手の都合による時間帯で、ごく限られた時間に傾聴することは不可能であることは先述した通りである。人は、今から「悩みを言ってください」と言われても言えないが、志工のように、入院生活を共に過ごす中で、患者は自らの思いを表出しやすくなり、自然な傾聴へと至ることになる。そして、何より、多忙な医療者には、遠慮して声を掛けづらい患者がいることも事実である。志工のように、患者のケアを終え、空いた時間に談話室で、ただ座していることは、時間に余裕のある‘スタッフ’がいるのと同じで患者にとっては、有難い存在なのではないだろうか。このような、志工の活動は、宗教に基づく実践であり、単なる慈善としてのボランティアでもチャリティでもない。高(2005 : 66)はこのような志工の実践を志業とし、この英語訳として **mission work** を当てている。このことは、志工の慈善的な行いの基底には、宗教的使命があることを示している。よって、志工の行う慈善は、信徒の宗教性を生かした宗教的ケアであるといえる。このような志工の活動は、日本において、宗教的ケアは宗教者によるものであるとの前提に一石を投じるものであるといえる。

信徒における宗教的ケアとして、積極的なケア事例では、患者の臨終時における「助念堂」([参考資料](#)、写真⑪)での念仏称号がある。これは、生前、患者や家族が希望した場合に、家族とともに行われると言う。他には、台湾では、自宅で死ぬことが善終とされる慣習があるため、臨終に際し「留一口气回帰」として、病院から自宅に移送することもあり、移送の際には、付き添うこともあるとのことである。志工による、いずれの宗教的行為も、院内にいる臨床宗教師とは連携しながらも、指示的な関係性ではなく、家族や生前の患者との関係性において、自律的に活動している様子である。

このような志工の活動は、大規模な病院であるほど、病院内の少数の宗教者では、できない「宗教的活動」であり、また、病院と宗教者から一定の裁量を与えられて活動をしていることがわかる。他に、志工の自律的な活動を認める例として、宗教者の執務室とは別に、病院内に志工のための執務室を与えられていることも挙げられる。つまり、志工には、活動を行う上での地位の保全や、信徒の持つ宗教性の尊重がなされていると言える。

信徒らのこのような活動の背景には、宗教性へと繋がる個人的動機があり行われるものである。では、なぜ、日本の伝統宗教に帰属している信徒らによって、このような活発な慈善活動に結びつかないのであろうか。それを探るべく、次節では、慈済会の信徒(会員)らの動機について検討していきたいと思う。

#### 4) 慈済会会員による慈善活動の動機の源泉と解釈

花蓮の慈済総合病院で、ボランティア活動を行う 60 代の女性志工に、入会の動機を聞い

たところ、その理由に教義を挙げた。そして、「病院に寄付をして病院を支え、ボランティアをして病院を守る」ことが信徒の宗教的使命であるとした。これは、慈済会の病院が、個人による目的別寄付<sup>49</sup>で、開設してきているため「自分たちの病院である」との認識に繋がり、信徒らの拠り所や親近感になっていると言える。この志工は、動機となった教義に『静思語』の「人に従事して自分に福を招く」という教えによるものとした。

この教えについて、釈證嚴による静思語（涂羅美麗、三宅教子訳 2012：181、185）の原文では「慈悲為懷、濟世救人」であり、日本語では「慈悲を抱き、世を助け人を救う、そして奉仕によって福田と為す、奉仕できる人は福がある」と訳されている。つまり、奉仕としてのボランティアを修行と位置づけ、その繰り返しで徳性を涵養することになると説いているのである。

その他、入会した動機には「慈済会に助けてもらった」などの個人的な思いから、恩送りとして、ともに活動する人も少なくないと、志工や、東京支部の信徒らから知らされた。当初は、慈善活動への参加にあたり、宗教的意識はない人々も、他の会員と活動を共にする中で、宗教的な視点を得ることができ、mission work へと、活動の意義が変換されていくこともある。つまり、個人的に慈済会から受けた恩恵を、慈済会を通じて他者に返すという当初の動機が、困窮する人々に、宗教的な恩恵を与えるという視点に変化するのである。これは、単なる慈善活動ではない、宗教的愛他行動 altruistic behavior であるといえる。

愛他的行動を示すことや活動を起こす人は、同情や社会的不公平の是正などを背景に、直接的援助や再分配としての寄付などの行動に繋がることが多い。これは、いわゆるボランティア精神の根源にあるものである。これに、宗教的視点を加えたものが、慈済会の宗教的愛他行動であり、日本の仏教でいう所の利他になる。

慈済会の仏教に対する考え方に「精神の中心として『法華経』を軸にし、如何なる空間、時間においても、慈済会は法華精神に依って菩薩道を歩む」というものがある。これは、慈済会の活動が、単なる慈善活動ではなく、法華経を根拠にしつつ、菩薩道としての人類救済を実践している宗教活動であると解釈できる。慈済会におけるこのような教義観は、人が救われるのは、浄土教系の「仏によってのみ」というものではない。キリスト教による隣人愛をも参照にした「大愛」としての愛他性によって、慈済人が「救世救人」とするものである。これは、慈済会が菩薩道として、社会に積極的に参与して、実践できる宗教であることを示している。このような教義観が、信徒らによるダイナミックな慈善活動の行動の源泉になっており、先述したような宗教者に留まらない信者による宗教的ケアにも繋がっているとみられる。

「慈済会に助けてもらった」という具体例では、大阪連絡所の信徒によると、当初、「自分が災害の時に助けてもらったから」という慈済会に対する感謝を理由として挙げている

---

<sup>49</sup> 個人は寄付にあたり、その寄付金の用途が決められる。日本の慈済会では、人文、災害などがある。

ことが多く、その後、慈善活動を重ねることで「良心による」という道徳的な動機に変容していくとのことだった。

宗教には、共通して教義を通し、人の生き方や生活の規範を説諭する言説があり、このような規範は、宗教的道徳として理解することができる。道徳と宗教の関係の理解については、哲学の分野では、先行研究としてベルクソン<sup>50</sup>やカント（篠田英雄訳、1976）が代表的である。カントによる道徳と宗教の関係性に基づいた、日本での研究では、華園聰麿（1982）の道徳と宗教による実践活動の研究がある。それによると、キリスト教神学が「人間の実践的領域に固有の位置と機能をもつことは、道徳的使命を達成するためであり、その活動は内在的に機能すべきもの」としている。言い換えると、信仰にある人が、社会において、何らかの実践活動を行うことは、**mission work** となり、慈善活動の動機へのさらなる強化に繋がるとも解釈できるのではないだろうか。

現代では、児童教育の分野を中心に、宗教と道徳の関連性や、宗教を排除した道徳の限界について、しばしば議論されているが、現代日本では、道徳と宗教は類似性があるとしながらも区別して考えられている。例えば、宗教的背景のある道徳を論じるときには「宗教的道徳」と表現し、宗教の持つ価値に基づいた道徳であることを強調する。これは、宗教が正邪など個人の行動規範を決定する価値に踏み込んで、教示しているときに用いられる表現である。例えば、人を殺してはならないという道徳的理由に、仏教的な宗教的解釈を加えることが、宗教的道徳である。しかし、現代の人々には、信仰や死生観、思想などの多様性があり、特定の宗教に偏った解釈は、思想教育となり、現代社会からは否定される。一例として、道徳の教科書における「日本の習慣」に関し、8月のお墓参りの記述が問題視されたことがある。これは、故人を通して、現在の自分の命があることを感謝する倫理的意味合いが強い日本の習俗であるが、仏教がこの行事に「お盆」として参与していることもあり、「お墓」のイラストが、小学校の道徳の教科書から削除されたという。日本文化の習俗的側面の強い季節行事ですら、このような背景により、道徳には、一宗教を連想させるものは、徐々に見直され、排除してきている状態である。このため、道徳が人の道を説くには「バスで弱者に席を譲る」などのルールやマナーなどの側面が強い「流動的な価値」としての道徳となり、宗教的背景のある道徳とは分離して考えられるようになっていったといえる。

本来、道徳という用語の持つ意味は、「人のふみ行う道」であり、言い換えれば、「人が行う正しい道」である。つまり、宗教は、社会秩序を維持する上で、個々人の倫理観を宗教的言説によって、説諭する側面も持つため、道徳的であるといえる。一方、医療でも、医の倫理に基づいた道徳があり、それに基づいてケアを行っている。これは、医療技術の提供の背景には、医療倫理や看護倫理を持つ必要性があり、これが欠落する医療は認めら

---

<sup>50</sup> 平山高次訳『道徳と宗教の二源泉』の中で、宗教に関連した道徳として、信徒に向けられる閉じた道徳を静的宗教とし、広く一般に対応した道徳を開いた道徳とし、動的宗教としている。

れないものといえるだろう。すなわち、宗教の教える人の道と、医療の背景にある人の道としての道徳は等しく「ケアする姿勢」において共通項があるといえる。

これら解釈を踏まえると、慈済会の活動は、例えば災害支援の時に受けた感謝などを社会に還元したい、というように個人の道徳的な心性を引き出し、さらに、そのような会員の受け皿にもなっていることから、人々の道徳的昇華手段の役割を担っているとも言える。このように、慈済会では、道徳的動機を持った寄付中心の会員と、当初から宗教的使命を持って活動する会員の2つの層が存在し、その2層を統合した仏教「NGO 団体」であるといえる。

これまでの本章第3節で述べてきた、慈済会の宗教的实践である信徒による「慈善活動」が、活発となる理由をまとめると以下となる。

- ① 信徒の宗教性を尊重していること
- ② 信徒の自律的な活動を妨げない教団のあり方
- ③ 会員の多元的な宗教を認め、道徳的な動機の受け皿になっていること

日本での宗教的ケアは、一貫して、宗教者前提で、宗派宗教による信徒の組織的な活用はない。慈済会の信徒らが行う宗教心を用いたケア活動である、患者を一人にしないという寄り添いや、患者の死生観を尊重した関わりは、宗教者の行う宗教的ケアと、本来等しいものである。この点において、宗教的ケアは宗教者のみによってのみ可能であるとは言えないであろう。日本において、今後、来たる多死社会を前に、患者を一人にしないというケアとして、信徒によるケアを行っている慈済会の事例は、一つの参考事例になるのではないだろうか。

## 第5節 真宗本願寺派信徒の活動例から

### 1) 信徒による組織的な社会活動に向けて

日本に目を向けると、真宗本願寺派教団が、宗教者だけではなく、早くから信徒の社会実践（ビハーラ）を検討してきている。具体的には、教団の取り組みとして、1986年より、組織的にビハーラ活動計画を行い、翌年の1987年には、信徒に向けたビハーラ活動者養成研修会を開始している。この研修会は、組織的として、これまで継続的に30年以上取り組んでおり、伝統仏教の宗派として、社会実践に積極的であったことがわかる。

『ビハーラの歩んだ20年と今後 ビハーラ20年総括書』（2010）のビハーラ実践活動基本構想によると、1987年当初のビハーラ活動の目的には「病床に伏す人々の精神的な悩みに対し、それを和らげ、人間としての尊厳を保ちつつ生きられるよう、家族など多くの人々とともに宗教者として、精神的介護（ケア）にあたるもの」としている。この目的からは、当初のビハーラ活動の主体は宗教者を想定していること、そして、あらゆる人々を対象に、

寄り添いができる宗教者の養成を目的にしていたと言える。この主体である宗教者とは、宗教を実践する者として、門信徒を含めていたのかも知れないが、基本的に、住職や副住職、その家族を対象に想定していたのではないかと考えられる。しかし、これまでの門信徒を対象とした宗教活動を行ってきた宗教者が、医療・福祉という場を想定して、門信徒以外を対象に对外活動することを明文化したのは、これからの寺院のあり方を見すえた寺院の社会化の一環であったとも考えられる。

2019年の第27回ビハーラ活動者養成研修会（以下、研修）では、「医療、福祉、在宅において、僧侶・寺族・門信徒の果たすべき役割を探究し、相手の苦悩に共感し和らげること」を目的に開講しており、応募資格には、具体的に、僧侶を始めとして、寺族、門信徒を対象にすることが明記されていた。すなわち、人の苦悩を和らげるために、本願寺派の門信徒も宗教的实践において、役割を果たせるよう、研修会を開講しているのである。

また、この研修会は閉じられたものではなく、開講当初から、ビハーラに関心のある人にも、講座は公開されており、本願寺派の門信徒以外では、臨床実習以外の科目を聴講生として、一講義ごとからの参加が可能となっている。この開講目的は、募集要項によると「ビハーラ活動の理解と推進をはかる」ためであるとしている。つまり、一般社会に対する本願寺派教団によるビハーラ活動の周知と、このビハーラ運動が広く社会に浸透することが目的であると考えられる。この研修会を受講する受講生は、門信徒如何にかかわらず、共通のカリキュラムを受講し、その科目には「浄土真宗におけるビハーラ活動の意義」もある。この科目に関しては、門信徒では、ビハーラ活動に向けた動機の強化や意味付けが目的となるが、門信徒以外の聴講生に関しては、宗教的使命による活動であることを提示したものであると言えよう。

「ビハーラ活動者養成研修会」カリキュラムは以下であり、この研修期間は実習を含めた1年2か月である。

#### 〈ビハーラ活動者養成研修会 カリキュラム〉<sup>51</sup>

##### ○基本学習会

- A 導入 （3時間）
- B 浄土真宗におけるビハーラ活動の意義 （8時間）
- C 福祉におけるビハーラ活動の意義 （22.5時間）
- D 医療におけるビハーラ活動の意義 （13時間）
- E カウンセリングとビハーラ （21時間）
- F まとめ （3時間）

\*A~Fを5回に分けて各平均1泊2日で行う

##### ○実習

- 1、グループ別実践実習（ビハーラ本願寺）2泊3日

---

<sup>51</sup> 本願寺派社会部社会事業部 HP 募集要項より引用。

- 2、自主実習（各教区施設）1回以上
- 3、グループ別実践実習（協力施設）1泊2日

上記の研修を管轄する主な部門は「社会部」であり、本願寺派教団の活動におけるマンパワー養成を行う責任部署の一つである。社会部によると、研修を終えた僧侶、寺族、門信徒は、各都道府県に設置されている教区ビハークラに所属することで、浄土真宗本願寺派の行う組織的なビハークラ活動を行っているという。社会部は、このような、各地方のビハークラ活動を集計し、数年に1回統計として公表しているが、この統計によると、主なビハークラ活動は、被災地への支援や傾聴ボランティアとなっている。被災地への支援で、物資の調達と搬入に関して、門信徒も関与しているかという点において、筆者が社会部へメールと電話にて問い合わせたところ、都道府県ビハークラによって柔軟に実施しているとのことだった。聴講生の活動に関しては、所属する寺院がない場合は、各教区ビハークラが受け皿となり、個別に相談を受けるとのことだった。以上から、教区ごとのビハークラ活動は、「寺院と檀家」を「教区と修了者」という関係に置き換えているように見える。つまり、浄土真宗本願寺派における宗教的活動は、これまでの寺檀関係と同じ観点である寺院所属と教区登録によって整備された実践活動であるといえる。養成講座を受講していない者の活動に関しては、基本的には例外もしくは個別対応になり、教区ビハークラに任せているということだった。このように、教区単位の「組織化された」活動は、慈済会と同様、活発な活動ができるという利点がある。しかし、従来の寺檀関係を踏襲すると、門信徒の側に、これまでのように寺院や教区に依拠的なビハークラ活動になる可能性もある。このことは、門信徒の心性に変化がなければ、今後もダイナミックな活動に繋がらないのではないだろうか。つまり、これまで活動をさらに発展的にするには、これまでの寺院と門信徒のあり方とは違った組織の編成をすることや、養成講座を受講していない道徳的動機を持つボランティア希望者に対しても共に活動できることが望ましいと言える。

## 2) ビハークラ活動の動機と実際

『ビハークラの歩んだ20年と今後 ビハークラ20年総括書』によると、これまでのビハークラ養成研修の平均終了年齢は46.1才で、ビハークラ活動実践者の世代別割合は、60代、次いで70代が中心であるという結果である。しかし、20代から50代の子育て世代や勤労世代の合計割合としても42%であり、若年層が少ないとも言えない。「第13回ビハークラ活動全国集会」の出席者アンケートでは、『教区ビハークラと活動者に関する課題』では、活動場所が少ないということよりも、活動に継続して出られない会員が多いことや、若年層の会員が少ないことによる会員の高齢化が、ビハークラ活動における課題としてあげられていた。継続した活動ができる会員が、確保ができない理由として考えられるのは、勤労世代や子育て世代では、就労中であることや、家族の理解を要すること、60～70代では、健康上の問題や家族の介護、子育て世代への支援などの背景によるものが考えられる。その

ため、20～50代の活動者割合が少ないとは決して言えないといえる。

『ビハラの歩んだ20年と今後 ビハラ20年総括書』における会員のビハラ活動の動機では、家族や近親者の死に接したことを挙げる傾向にあり、次いで、ビハラ活動の意義でもある「人のためになる活動」「社会活動に取り組むべき」という道徳的な使命感によるものとなっている。確かに、筆者の臨床経験でも、身内を亡くしたことを契機に、病院の花壇の整備やレクリエーションの手伝いなどのボランティアに繋がっている事例を多くみてきた。多くの動機は、病院でお世話になったからという理由からであったが、その背景には、人のためになる活動をしたいと言う動機もあった。これは、慈済会における慈善活動に対する個人的動機と共通するものである。また、「社会活動に取り組むべき」については、宗教的使命感が、活動の動機に繋がっていると考えられる。これら動機から言えることは、宗教教団に所属する門信徒の社会活動には、個人的な契機によるものと、宗教的な使命感によるという二層構造の成員が中心となって、活動が行われているといえる。

このように、活動に対する明確な動機がありながら、ビハラ活動に継続的に関わることができない修了者の背景について考えると、やはり、その活動時間の制約が理由となるのではないと思われる。これについては、寺院において、寺の仏事を支援する仏教婦人会の構成員の固定化や高齢化と共通する課題である。婦人会に欠員が多く生じれば、仏事自体の縮小や消滅などの危機となり、残った人員の活動は義務的になり個人への負担も大きくなる。しかし、婦人会での構成員が多いと、自分の生活の現状に応じて流動的に関わることができ、活動することに負担は生じることもない。こう言った課題を解消するには、多数の人材の確保を図り「できる時にする」という組織に整備することが必要となってくる。すなわち、活動の継続には、門信徒によるビハラケアには、多数の会員の確保が課題となり、活動時間が制約的にならないことが重要であるといえる。これには、聴講生だった人だけに留まらず、社会活動に関心のある人々まで幅広く受け皿にすることで、個人に負担の少ない活動に繋がることができるのではないだろうか。あらゆる慈善的活動に共通することだが、組織的な活動を維持するためには、会員の確保と、個人の継続性が重要となってくる。これには、個人的な動機に通底する「奉仕と慈善」が、組織内で会員相互に支えあうことで、人や社会に貢献できているという自己肯定感が持てることが重要である。

しかし、日本の伝統仏教に所属する門信徒の慈善活動の実際は、困窮者に対する金銭や、食品の寄付を寺院に行うことが多く、集まった寄付は、一部の中心的な門信徒によって、整理され、住職に依頼することも多い。このような実際は、寄付を行った各々の門信徒に、慈善活動を行っているという自覚が薄く、せっかくの門信徒の慈善の結集である寄付も、支給先からは、組織からの寄付に置き換えられてしまうのである。これには、伝統仏教における寺檀制度という関係性によるものが大きく、日本の門信徒は、寺院の社会貢献や社会活動の下支えの役割となり、門信徒が主体となったダイナミックな活動に繋がらないのである。また、門信徒側が、社会活動を寄付で完結させ、寄付の先について関心を寄せないことも、活発な活動にならない一つの要因である。このように、人的な動員の側面から



見ると、慈済会の「人間仏教」に比して、日本は「寺院仏教」であるといえ、門信徒の活動は社会の視座からは埋没的になる。一方、慈済会の会員の活動が活発であるのは、宗教者の数より圧倒的に多い信徒や会員の活動を支える組織体系を有しているためであり、これが広い範囲に渡る社会貢献に繋がっていると言える。

本願寺派教団でも、宗教教団として早くから門信徒を活用したビハーラ活動の構想を行い、その一環としての病院開設を伝統宗教としては先駆けて行うなど公共性の高い活動を行ってきた。これをさらに停滞させないで、病院において、ビハーラを展開するには、宗教者に一存することなく、門信徒も連携して活用するような方法を採用することも一つである。この本願寺派の事例から言えることは、今後、日本における宗教的ケアや慈善活動が、宗教者によって牽引されるだけでなく、多方面で門信徒が宗教性を生かして活動するための連携方法を構築する必要性を示唆している。そのために、門信徒における心性についても検討する必要があると見て、次節では、教義の側面からも検討していきたい。

### 3) 社会活動における門信徒の心性 ―真宗教義を例として

組織的な門信徒のビハーラ活動には、先述したような真宗本願寺派による研修会のカリキュラムを修了することで、教区に所属した上で行う方法がある。真宗本願寺派による研修会でのカリキュラムでは、「浄土真宗が行う」ビハーラ活動の意義の理解に、8時間の教科時間を割いている。これは、社会における奉仕活動に宗教的解釈を加える時間になる。受講生が、各々の立場において「社会奉仕・慈善活動」を、どのように位置づけするのかを探究する時間となり、今後の宗教的活動であるビハーラ活動の継続に繋がる重要な部分でもある。

浄土真宗には、開祖である親鸞上人の教えに依拠した論理的な教義体系がある。門信徒の社会奉仕に至る心性について説明するには、関係する複数の高僧や中興の祖における教義での詳細な検討が必要であるが、本節では門信徒の心性の考察には『正信偈』からの検討を行っている。これは、宗教者ではない門信徒が日常的に読経する教本であることから、最も門信徒の宗教性に近いものであると考えたためである。そして、この正信偈では、門信徒の心性を最も表しているものに、弥陀の本願と大悲がある。

『正信偈』とは、浄土真宗が門信徒に説く、教えの基本ともいえるものである。この正信偈に収録されている総回向偈<sup>52</sup>に「願以此功德・平等施一切・同発菩提心・往生安楽国」<sup>53</sup>がある。これは、念仏を称えることで、その功德が平等に行き渡り、ともに阿弥陀仏のいる浄土に行くことができるというものである。つまり、念仏を称えることで、浄土へと至ると説いているのである。そして、「救い」に関しては、『正信偈』では、「億念弥陀仏本願」「自然即時入必定」と説いている。これは、阿弥陀仏が、常に見捨てることなく大悲とし

<sup>52</sup> 念仏による功德を自分だけのものとするのではなく、多くの人に回向して(回し向けて)、共に極楽往生を目指すという偈文。

<sup>53</sup> 善導の観無量寿

て「私を救ってくれる」という本願を心に留めておれば、そのままの状態ですべて浄土に導かれ、仏に成ることが確定するというものである。つまり、浄土真宗においては、救いの主体が阿弥陀仏であり、救われるのが、自分を含めた穢土にいる衆生になる。穢土にいる衆生が、同じく穢土にいる他者を救うとするならば、念仏称号による功德しかないのである。このような教義観が、真宗本願寺派門信徒の心性の基底にあると言える。よって、他者への実践的な援助行動では、阿弥陀仏の本願である大悲の心によって、私が「させて頂く」と言う主体の代理行為としての救いであるといえる。

内田（2015：154）は、この大悲には「助ける、救う、護るという働きがある」とし、「浄土真宗は、救いや、護ることは機能しているが、助けることには非常におろそかである」「環相回向としての救済が不十分なところがある」と述べている。これは、教義体系が救うということでは機能しているが、組織として、助けるという行動は検討の余地があると言う解釈になろう。そして、門信徒においても同様に、その活動方法には、多くの可能性があるといえる。その可能性を生かすには、門信徒が、阿弥陀の本願によって行うビハーラ活動に、「助ける」主体が私であるという自己肯定感を持つことで、主体性のある活動になるのではないかと考える。

そのため、ビハーラ活動養成者研修会では、教義を応用としたビハーラ活動が、門信徒にとって、意義のある道徳的活動、もしくは、宗教的活動であることが充分理解できれば、より主体的な実践に繋げることができる。他に、研修会を開講することの意義には、一般に向けたビハーラ活動の周知と、無関心層に向けた、教団と寺院の社会奉仕活動に関する周知という側面がある。その理由は、住職や寺族が社会活動で、寺を空けることによる門信徒からの「寺は、仏事やご法事だけしてくれればいい」「寺がなぜ、社会奉仕活動をする必要があるのか」というような、寺の活動に否定的な意見に対する理解を要請するためでもあるだろう。反対に、仏事や法事をすることに留まっている僧侶への理解にも繋げることにもなる。すなわち、ビハーラ活動養成者研修会は、宗門として、より発展的にビハーラ活動を行うことを目指したものであるといえる。

以上の本願寺派の事例から、今後の日本の伝統仏教での門信徒による活動をさらに発展させるため提案をまとめると以下となる。

- 1、奉仕活動を希望するあらゆる人と共に活動できる組織作り
- 2、門信徒による主体的なビハーラ活動の促進
- 3、門信徒と連携した宗教的ケアの構築

これら、門信徒も含めた実践的ビハーラ活動は、宗教的ケアの目的である「患者を一人にしない」ためのケアになることができ、患者にとっても有意な活動になるのではないかと考える。これは、今後迎える多死社会や多様な場所での看取りに対応でき、信徒を活用した日本型宗教的モデルのあり方の一つとして期待できるものと言えよう。

### 第3章 医療従事者に望まれる宗教的ケアと宗教者の役割 に関する考察—あそかビハーラ病院・看護師のインタビュー —調査から

#### 第1節 インタビュー調査に至る背景と目的

医療の目的の中核にあるのは治療の結果、治癒を導くことである。第1章で述べたように、病院死が約8割を占める現在では、治癒に至らない看取り過程も今や、医療の中核にあるといってよい。しかしながら、医療従事者の看取りケアへの関心は、身体的援助が中心であり、精神的なケアは、医療職では難しいと考える傾向にある。確かに、治癒が望めない終末期や緩和ケア領域の患者に対しては、症状コントロールに関連する身体援助は、医療従事者、特に看護師にとって最重要課題であるが、死を前にした患者の心の揺らぎに対応することも同様に優先されるべき課題であるといえる。心の揺らぎとは、死に対する不安や生きることへの望みなど複雑でスピリチュアルな「感情」であり、治療の対象にするような精神「症状」ではない。しかし、病院の管理下に患者がおかれると、その感情も観察対象となり、時には、治療ベースで検討される。

看護師がケアを実践する際の行動様式にPOS<sup>54</sup> (Problem Oriented System) という問題解決型看護計画がある。これは、看護上の問題を、論理的に解決するための看護計画の立案であり、患者の感情や心の変化も、看護上の問題として、ケアの対象に挙げられる。このケアには、傾聴という看護行為によって対応されることが多い。しかし、患者の死に対する感情は、きわめて個人差があり、ケア方法として、一律に活用している傾聴による対応が、効果的だったかを、POSによって、評価することは非常に困難である。これは、傾聴というケアが、看護師の個別的な能力に左右されることや、簡単に評価できないこと、そして、誰が評価するのかという点において問題となるためである。また、個別性が強いケアになるため、再現性に乏しいことも課題であるといえる。そのため、以前の傾聴による成功事例が、次の事例に繋がるとは言えず、看護師や介護士らに「どのように対応していいかわからない」というような感情の疲弊や、不全感が生じることも多く、実際は、それらが解決されないまま、次のケアに追われている現状がある。このような事例は、看護系の学会等で、長年に渡り、検討されてきているが、臨床におけるエンドレスなテーマと

<sup>54</sup> 医師や看護師が使用。POSの基本的記載形式として、一般的にSOAPが使用される。S (subjective) : 患者の訴えたこと、O (objective) : 観察した事項、A (assessment) 情報の分析、P (plan) : 計画。

なっている。また、患者側にとっても傾聴のケアを受けた後でも、「言ってもわかってもらえない」という現状も生み出している。

筆者も、看護師としての経験から、同僚看護師から同様の声を聴いたことは、これまでも多くあった。あるがんセンターの看護部長からは「応対がわからないために、患者を避ける看護師が多数いるが、どのように対処すべきだろうか」との相談をうけたことがある。

死を前にした患者の心の揺らぎは、問題解決思考で考える医療では対応が難しく、看護師らが採用する看護計画の POS でも、患者の不安を解消できることはない。しかし第 1 章で述べたように、終末期の看取りを最も多く行っているのは治療が優先される一般病棟であり、そこでは治癒を目指す患者の援助と並行して終末期のケアに当たっているのである。終末期の患者の感情とスピリチュアルに向き合うには、問題解決思考ではない、患者の本意を知るための十分な時間を要する寄り添いが必要となってくるが、治癒を目指す患者の通常の処置に追われ、双方にとって十分な会話を交わす余裕はないのである。

このように、死にゆく患者の看護では、特に一般病棟において、関係性の構築には十分な時間がないことや、応対の仕方がわからないこと、ケアを振り返る機会が十分ないことがむしろ、解決されるべく課題であるといえる。一方、緩和ケア病棟では、亡くなった患者のケアを振り返る、デスカンファレンス **Death Conference**<sup>55</sup>という場がある。ここでは、過去、表出された心の揺らぎについても検討されることがある。対応した傾聴について「もっと何かできたのではないか」「うなずいて聞いているだけでケアとして成り立っていたのだろうか」など話し合われているのである。しかし、この **Death Conference** で、検討される傾聴や寄り添いには、前述したように、ケアとして再現性は少なく、評価にもなじまないことから、今後似たような事例での一つのケースモデルにするための検討に留まることが多い。

それでも検討を繰り返す背景には、緩和ケア病棟では「プライマリケア」<sup>56</sup>という看護師が患者の入院から退院までを担当する受持ち制にしていることが多いため、患者を担当した看護師が患者を抱え込むという問題があるからである。臨床のこういった抱え込みは、看護師自身の強い責任感によるものであり、その結果、患者の看取りまで関わった場合、不全能を持つなどして、離職や職業的バーンアウトを招くこともある。このため、**Death Conference** では、評価になじまないケアの検討でも、事例を共有するという意味において有用なものであるといえる。これにより、看護師らが経験した死に関するストレスが軽減されることもある。このことから、傾聴の事例検討は必要であると言える。

一般に置き換えると、親しい人の死に接した場合、看取りを通じて経験した感情の整理

---

<sup>55</sup> 亡くなった患者の振り返りを行い、今後のケアの質を高めることを目的に行う。当事者不在のカンファレンス。構成は、看護師を中心として、患者に関わったすべての専門職。このため様々な専門職の倫理的葛藤が衝突する場でもある。

<sup>56</sup> プライマリナーシングともいう。一人の患者に対して一人の看護師が入院から退院まで関わる看護方式。看護の立案から評価まで行う。

をする場には、法要があげられる。最近では、仏教的な法要などは省略するか簡素化する場合が多くみられるが、かつて、この法要を通じて、残された遺族が、故人についての思い出を語る時間を持つことで、死に接した感情を緩衝することができ、遺族のバーンアウトとしての結果である、うつ病の発症予防に一定の役割を果たしてきた。しかし、病院で患者の死に接する看護師は、段階的に感情を整理することができる場や機会を持つことがない。人の死に対しても自らの感情を抑え、死に接した直後でも、次の業務に早々に切り替えることが求められる。こうしたある種、異常ともいえる環境で業務をこなしているといえる。

この特殊な環境にある臨床では、経験年数を重ねた看護師ですら、事例によっては、バーンアウトすることがある。ましてや、看護学部（あるいは看護専門学校）を卒業し、他の職業経験がないまま臨床に入った看護師に、プライマリケアとして看取りの過程で交わされる対話を委ねることは、負担の大きいケアを強いていることになる。

このような死生の臨床を背景に、医療従事者は、葬儀や法要などの場で、多くの遺族に接し、死に関する語りを行っている宗教者に期待を寄せることになったのである。しかし、ここで強調したいのは、医療従事者が「死の専門家」として期待している現在の宗教者は、実際は「生の専門家」とであるという認識が不足しているということである。その理由に、語りを行っている対象は、生きている遺族であり、その語りも、故人の死から学ぶことや、遺族がその後どう生きるかを、宗派の持つ物語から引用して語っているからである。故人となった死者には、門信徒ではなく生前の関わりがない場合、生に関する語りを直接的に行っていない。このため、故人に「最期までどう生きるか」や、不安や孤独に対しては、「宗教的に開かれた道がある」という、いわゆる‘救い’に至る対話をしていない。つまり、宗教者は儀礼を通して、宗派の提示した「行く先」に引導する「死の儀礼における専門家」とであるといえる。現代の生活では、宗教に対する関心が希薄になっているので、宗教者に接する機会が死に関する儀礼のみとなり、このことが、宗教者は死の専門家であるという想起に繋がっているのだと言える。

この度の看護師へのインタビュー調査でも、入職当時に宗教者に期待したこととして、宗教的語りによる心のケアや対話をあげる看護師が多かった。しかし、この「宗教的語り」にも医療従事者の認識不足があり、宗教者が語る物語や言説は、宗派の固有のものであり、本来、門信徒に向けた法話である。そのため、門信徒ではない患者に宗教的語りや対話を行う場合、他宗教・他宗派に所属していることや、無宗教、多様な死生観を持っていることに配慮して、宗教的語りをしなければならない。多くの医療従事者が、このことを考慮せず「宗教的語り」に期待していることも多いように思う。

そして、その活用にあたっては、宗教者による心のケアを医療的なケアの補完として、逸脱しないためにも宗派に依拠しない中立なケア姿勢を期待しているのである。すなわち、ビハラの黎明期であれば、日本的なケアとして「一般的な」仏教、そして、現在では患者の持つ宗教性には宗教間対話としてケアすることを期待している。要するに、医療者側

は、宗教者の持つ宗派と、それにより構築された宗教者の宗教性を二重に否定した、複雑性の高い宗教的ケアを期待しているといえる。

本インタビュー調査では、このように、多くの医療従事者や医療機関が持つ宗教的ケアに対する認識と理解の不足に対して、あそかでのインタビューを通して、宗教的ケアに関する整理を行うことも目的の一つとしている。

そして、このインタビュー調査の成果として期待したことは、宗教者の常駐配置に至るための、課題の提示を行うことである。これには、医療における宗教者のケアの専門性の提示が不可欠となるため、あそかの看護師らがどのような場面で宗教者に期待し、ケアの権利移譲を行っているかをインタビュー調査によって、明らし、専門性の提示へとつなげることが最大の目的である。

終末期医療における宗教的ケアの歩みは、このような医療の臨床からの期待に応えるために、日本型宗教的ケアモデルを構築するにあたり、様々な分野によって、学問的検討を行ってきた。その結果、日本的な看取りとしてのビハークラを創出し、臨床での普及を目指してきたのである。しかし、その歩みは、順調な発展とはいかず、医療側からは常に関心を持たれつつも、宗教者を常駐させる病院の裾野は広まりを見せなかったのである。さらに、ビハークラの提唱期以降は、急速な社会情勢の変化を受けて、人々の死生観や宗教性は必ずしも仏教に影響されない、多様で個別性のあるものになったのである。そのため、日本型宗教的ケアモデルとしては、宗教を留保した宗教的ケアへと転換していくことが、医療における発展的活用の条件になってきている。以上のような背景により、臨床宗教師の創出に至ったと思われるものの、いまだ多くの医療機関で、日本型宗教的ケアとされたビハークラの時と同様、現在においても宗教者を配置する病院は多くはない。これは、医療側が、終末期における患者の心のケアは重要であるという認識はあるが、多くは、院内における人的資源（看護師や臨床心理士、ケアワーカーなど）のみで完結しており、看取りのケアの充実に、宗教者の配置の検討すら行っていないことが要因であると考えられるのである。

以上の議論から、導出される宗教的ケアの不採用について考えられる理由として、以下に5つまとめる。

- ① 宗教者によるケアという発想に至っていない（医療従事者による認識不足）
- ② 宗教的ケアの患者への効果が未知数
- ③ 宗教者が医療において発揮できる専門性が不明瞭
- ④ 医療者との協働について不明確
- ⑤ 地域社会への影響

医療における宗教的ケア、特に仏教を活用したケアについて、不採用の背景にある5つの懸念を解消する先行研究が、少ないながら存在する。仏教によるケアの実践については、そもそも母数として少ないために、研究成果も稀少な報告となる。これら報告は、特定の

学会などで報告されるため、一般病院には、情報として入ってこない。もしくは、特殊なケースとして、捉えられるため、宗教者によるケアを導入することへの検討に至ることはほとんど見られない。そのため、宗教的ケアの意義や効果について引き続き、実践報告の多い、ビハーラ・看護学会等に期待したい。②～④については、稀少な報告として、実践する宗教者（僧侶）側からの「成果報告」や、実践を受けた諸分野からの宗教的ケアの効果についての検討がある。宗教者らによる先行研究では、森田（2010：24）による「ビハーラ僧によるお別れ会」の効果についての研究、医師の立場からは月江ら（2011）による「ビハーラ僧が開催する初盆法要と、看護師らが開催するぬくもりの会（いわゆる初盆時期に行われる遺族会のようなもの）の出席率の比較」に関する報告がある。この報告では、出席案内に対して、ビハーラ僧による法要の出席率は 32.5%、看護師らによる遺族会の出席率が 14.4%という結果がある。そして、宗教的ケアにおける宗教者の存在については、日高（2016：46）のビハーラ僧と患者の関係について言及している研究もある。その他にも、学会でも、長岡西病院や、あそかビハーラ病院の看護師からの宗教者のケアを受けた患者の反応についての事例報告が、ポスター発表で行われている。

それでも、医療が宗教的ケアに積極的に関心を寄せない背景には、宗教者のケアが、医療の前提となるエビデンスで統一された手法である「誰に実施しても同じ結果になる」という再現性がないケアとみなし、医療の補完にはならないと考えられているのではないだろうか。特に不採用の背景にある②と③の課題解消には、医療における宗教者の専門性の提示が求められ、これに関連した課題④についても、仮に専門性が提示されたとして、医療従事者らとチーム医療を行う上での連携方法についても検討する必要がある。このように、想定された 5 つの課題を解消することは、今後の医療における宗教者配置への弾みになるといえ、本研究における研究の対象に、日本型宗教的ケアとして僧侶が常駐する病院を想定した。そして、看護師との協働のあり方を研究対象にすることで、一般病院への配置が可能となる条件について検討を行っている。その研究方法は、緩和ケア病棟での中心スタッフとなる常駐僧侶らと協働実績のある、あそかビハーラ病院の看護師らに、医療が望む宗教的ケアと、患者が望む宗教的ケアについてインタビューを行い、その回答を検討する方法を採っている。このインタビューから得られた結果が、宗教者が医療で提示する専門性となり、専門職の根拠となり得ると考えた。⑤の課題については、①の課題と同様、宗教的ケアの一般への周知によって払拭可能であると考え、医療機関だけでなく、社会全体に宗教的ケアに対する周知をこれまで以上に行う必要がある。これには、多くの宗教者の実践が、一般社会に届くことが重要であるといえる。そのため、このインタビューによって、宗教的ケアの専門性が提示されることで、今後、多くの病院で採用されることになれば、一般にもその有用性が認識され、地域からの理解にも繋がると考えている。

しかしながら、看護師らの視点による宗教的ケアの検討であるため、患者本人の視点は本研究ではいささか欠落しているといえる。これは、看護師らのケアを通した患者の反応によって検討されているものであり、患者の希望する宗教的ケアの本質と、完全に一致し

ているどうか判断することはできず、本調査の限界でもある。しかしながら、先行研究や文献における遺族からの視点を分析に取り入れることで、本調査の検討の補完としていきたい。

以上が、インタビュー調査の背景であり、この調査から導きだされる仮説は以下になる。

A): 医療における宗教的ケアの応用に関し、様々な分野が日本型宗教的ケアの検討を行ってきたが、主には宗教者の報告を学際的に検討したものである。患者のケアを連携して行う看護師からの検討は、宗教的ケアの効果的だった側面を強調したもの、すなわち、有用性についての言及に留まっている。このため、有用性の強調から進めた宗教者の役割を、このインタビュー調査で明らかにすることで、宗教者の専門職性の提示を行える。これにより、宗教者配置への課題が解消され、常駐配置という成果に至る。

B): 医療における専門職のケアとは、他の専門職が行うケアと区別されることで、職域が明確化する。すなわち、職域における業務は、他の専門職からの干渉をうけることはなく、自律的なケアを実践することができる。よって、宗教的ケアは、職域が明確でないために、医療の臨床における宗教者の位置づけは、医療従事者の補完業務をする補助者という立場に置かれやすい。医療における宗教者の位置づけについては、このインタビュー調査によって、チーム医療下での依頼の手順、僧侶との情報共有の方法など連携の実際を明らかにすることで、宗教者の専門職として地位が保全され、常駐配置という成果に至る。

## 第2節 宗教者に依頼する事柄とは一宗教的ケアの自律性を考察する

### 1) 研究手法・調査対象者・調査期間

調査期間は2013年4月から2014年3月。研究協力者は、あそかビハール病院、大嶋健三郎院長、新堀いづみ看護部長（当時）、吉田敦子看護師長（当時）、月江教昭非常勤医師。必要時、インタビューの内容の確認や補足のために、常駐僧侶2名と当時の研修僧侶2名に関連事項についてインタビューを行った。

インタビュー調査の対象者は、あそかに勤務する看護師全数を研究協力者としてお願いし、看護助手を含めた15名（男性2名、女性13名）にインタビューを行った。当初、対象を看護師のみを設定していたが、看護師長からの提案で、看護助手も含めて検討してはどうかとの提案を受けた。あそかで働きたいと明確な動機を持っているのは、看護師だけではないという理由からである。看護師（看護助手を含む）全数としたのは、調査内容である「僧侶だからこそ」という場면을幅広くインタビューできることで、医療における宗教者の専門職性をより一層、浮き彫りにすることができるのではないかと考えたからである。また、本インタビュー調査に先立って、趣旨の説明を看護部長に行った時、看護師の年齢、看取りの経験なども考慮して多角的に検討することで、一般的なものが引き出



せるのではないかと助言を受け全数を対象にした。

研究方法は、病院へ月に1回訪問し、日勤帯の時間（9時～17時半）に病院に滞在した。インタビュー対象者は、調査当日の勤務者の中から、事前に看護師長から、インタビュー調査の簡単な趣旨説明を受け承諾した看護師を対象に行った。

インタビュー方法は、対象看護師の業務時間中、インタビューガイドを中心に、半構造化インタビューを行ったが、回答は基本的に回答者の自由な発話を尊重した。（表3-1）

表3-1 インタビューガイド

①	入職前の勤務歴とあそかビハーク病院に勤務した理由
②	一般病院の勤務歴のある方で生命根源的な問いを受けた経験の有無
③	宗教者のいない病院と、＜あそか＞での患者さんに違いがあったか
④	看護師が行う心のケアの限界について考えたことがあったかどうか
⑤	僧侶に依頼した事例はどんな場面であったか
⑥	僧侶との連携で悩んだこと
⑦	僧侶の介入によって患者の状態が好転した事例
⑧	終末期の患者にとって宗教的ケアとは（自由な発話）
⑨	一般病院に宗教者ケアを導入するとしてどのような努力や工夫がいるか

時間は看護師の都合の良い時間帯の1時間を限度として個室で行った。インタビュー前には、当然、看護業務によりインタビューを中断することや、倫理的な配慮として、インタビューの開始後も参加を拒否できること、得られた情報から看護師の特定を避けるような情報開示に努めること等書面をもって説明を行い、同意を得られた全数の看護師にインタビューを行った。実際、看護業務により、インタビューを中断することで、まとまった時間でのインタビューにならなかったことも多々あったが、その時は、参与観察として、対象の看護師の業務にも随行することもあり、看護業務を通しての患者に対する向き合い方など、話を自然にインタビューとして聞くこともできた。インタビューは、振り返りや確認のために、許可を得てICレコーダーに録音を行った。以上の、インタビュー調査の目的、倫理的配慮、録音による記録についての書面は、あらかじめ院長、看護部長に提出し許可を得て行っている。

インタビュー以外の時間では、宗教者を含めた午後のカンファレンス<sup>57</sup>にも参加し、インタビュー対象の看護師の報告を聞くことで、看護師のケアに対する理解に努めた。調査に関しては、当時所属していた大阪府立大学人間社会学研究科研究倫理委員会の許可を得

<sup>57</sup> 患者のケアや治療についての医療者間で検討する時間。一般的に、病棟の看護師のみで行う時間の他に、医師や看護師、その他の職種を交えて行う場合がある。他職種間で患者の状態を共有することで患者の治療・ケア方針を立案するのが目的である。

ている。

## 研究対象者の属性・分析方法・個人情報保護について

表 3-2 研究対象者の属性（※ 2013～2014 年）

	職種	看護師歴	<あそか>勤務歴	宗教者 協働経験
A	看護師	25 年	5 年	無
B	看護師	23 年	6 年	無
C	看護師	25 年以上	約 3 年半	有
D	看護師	25 年	6 か月	無
E	看護師	15 年	6 年	無
F	看護師	12 年	2 か月	無
G	看護師	19 年	4 か月	無
H	看護師	18 年	2 年 2 か月	無
I	看護師	12 年	3 週間	無
J	看護師	5 年	6 か月	有
K	看護師	15 年	5 か月	無
L	看護師	22 年	3 年	有
A1	看護助手	長い	5 年	無
A2	看護助手	1 か月	1 か月	無
A3	看護助手	8 か月	2 年	無

本インタビュー調査の対象者の属性には、職種・看護師歴・あそか勤務歴・あそか勤務以前の宗教者との協働の有無を挙げている。属性の採用に至る背景について以下に説明を行っていく。

属性に、職種をあげた理由は、看護師長からのアドバイスによるものである。当初は、インタビューの対象者を看護師としていたため、属性に職種を上げる必要性はなかった。しかし、看護助手には、他職種からの転職者や、関東から勤務を希望して転居してきた看護助手がいるため、彼らへのインタビューは、勤務を希望した背景が、調査目的に適うのではないかということにより、属性に職種を追加している。

次に、インタビュー調査の属性に、一般的である年齢ではなく、看護師歴を採用した理由は、家庭の事情により、長く潜在看護師として働かず、復帰した人も臨床には一定数いるため、属性を、看護師の経験年数である看護師歴を採用した。これは、看護師としての勤務年数の中で、得られた看取りのケアに対する看護観の変化によって、宗教者が常駐する、あそかでの勤務を希望したのではないかと考えたことによるものである。もちろん、

ケアに反映される個人の死生観は、年齢によるところも大きいですが、看護師は経験年数の長いほど、当然、経験した事例数を多くなるため、本インタビュー調査の属性には、年齢よりも看護師歴を採用することが本調査にとって、妥当であると判断したことにもよる。また、あそかが、小規模な病院であり、年齢によって個人の特定が容易になることから、インタビュー対象者に、勤務上の不利益が生じる可能性もあるため、属性には、年齢の採用をしなかったことも理由の一つである。

あそか勤務歴を採用した理由については、勤務歴が宗教者との連携による経験数と等しく考えられるためである。つまり、この勤務歴の中で、以前の勤務先である宗教者のいない病院の患者と、あそかでの宗教者と関わりを持つ患者の双方を観察したことで、患者の状態を比較検討し回答できると考えたためである。この比較によって、導出された患者の反応は、宗教的ケアの効果として評価することができ、終末期における宗教的ケアの意義についても説明ができる。そのため、補足として、あそか勤務以前に勤務した病院での宗教者との協働経験も属性項目入れている。

他に、勤務歴から明らかとなることに、勤続年数が長い看護師では、協働事例の数によって、看護師が宗教者にケア移譲を行った背景を知ることができること、勤続年数が浅い看護師からは、宗教者に期待したケアについて知ることができると思ったところによるものである。

研究手法として、語り分析を採用した理由は、宗教者を常駐させている医療機関は少数であることから、行おうとしている調査が **single-case study design**（単一事例研究；特殊なケースを分析する研究）となり、インタビューにおける看護師の語りを検討することは、宗教者がいる病院の固有性を探求するのに適していると考えたからである。すなわち、あそかの持つ、僧侶がいる病院という特殊性を理解するには、数量調査よりも質的な調査の方が有意義であるため、語り分析を採用している。本章における看護師の回答の分析には、直接的な回答の他に、調査の際に、筆者が観察で得られたこと、そして、看護師へのインタビューの中で得られた情報の補完としてビハーラ僧への質問等で得られたもの、関連文献からの引用による検討、そして、インタビュー調査の期間中である 2014 年 1 月に 3 人のビハーラ僧の業務終了後に、2 時間ほど行った非公式である座談会の際に得られた情報によるものである。なお、座談会を行った主な目的は、看護師へのインタビュー調査の補完であり、ビハーラ僧には、4 つの項目を提示し、その項目に沿った自由な対話形式をとった。項目は、看護師対象のインタビューガイドに沿うものであり、①医療と伝導 ②宗教的ケアを行う主体とは ③宗教的ケアを行う際に心がけていること ④ビハーラ僧の課題についてである。

看護師へのインタビューは、特に特殊な経歴を持つ個人に関しては、特定されやすいため、論文の主旨を損なわない範囲で表現を変えている。ビハーラ僧との座談会では、発言内容が共通したものだけを検討に採用し「あそかのビハーラ僧の立場」としている。

## 2) あそかビハーラ病院と僧侶の日常

インタビュー調査の対象である「あそかビハーラ病院」は第2章2節の日本的看取りと宗教者のいる病院として触れたが、インタビュー調査の検討に入る前の導入として、本節では、あそかビハーラ病院での僧侶の日常について提示し、その行為について検討を行う。

本インタビュー調査の対象者が勤務するあそかビハーラ病院とは、浄土真宗本願寺派教団（本山・西本願寺、京都市）によって2008年に京都府城陽市に開設された病院である。病院は、教団による1986年からのビハーラ活動計画の一環である実践施設の位置づけであり、伝統宗教による病院建設としては日本初の試みである。

本願寺派教団は、宗教的使命として、あそかビハーラ病院の基本理念である「ぬくもりとおかげさま」を想定した病院を開設し、その実践として、ビハーラ僧の配置、仏堂の設置をすることで理念の踏襲を果たしている。具体的には、臨床において、僧侶が常時3～4人を雇用し、常駐させることで患者へのケアの充実を図っている。また、教団側は、ビハーラ僧が院長補佐になっているため、病院と教団の連携や調整はできているという認識にあると思われる。ビハーラ僧のケア方法についても、教団から提示したものはなく、ビハーラ僧と看護師の協働についても、僧侶に一任し、介入していない。

しかし、病院の運営に関しては、臨床との調整を要している様子で、大きな課題としては、医療従事者の確保がある。これは、一般の病院と共通する課題である。特に、あそかは、宗教者が常駐する病院として、理念の踏襲における仏教的実践を前提としているため、その理解のある常勤の医療従事者の確保に、困難を要するのではないだろうか。特に安定的な医師の確保については、大学病院から、地域へ医者を安定的に派遣する既存のシステムに批准したものが、あそかにも必要であると思われる。例えば、この問題の解消に、本願寺に所属する僧侶である医師（一部、賛同した僧籍の無い医師）の団体である「本願寺医師の会」が大学の医局的役割を担うことができた場合、理念を踏襲した医師の確保に関し安定的な供給ができる。看護師も同様に、PL教団や、天理教教団のように、看護師養成学校を設置し、関連する病院への雇用に繋げることは、安定的な看護師の確保になる。本願寺派も、看護師養成学校の設立までは難しいとしても、理念の共有ができる看護師の安定的供給システムとして、「本願寺看護師の会」の設立をすることで、あそかビハーラ病院に対する医療従事者確保の支援になるのではないかと考える。よって、宗教教団としての仏教的実践には、常に、新たな課題が創出する臨床に、状況に応じて対応するために、病院側と課題を速やかに共有するシステムが必要であるといえる。

こうした教団の理念によって構築され、開設に至ったあそかビハーラ病院は、開設当初は、あそかビハーラクリニックという入院施設が付帯した診療所であった（[参考資料](#)、写真⑫）。その後、発展的に、2014年、入院中心である病院へ区分変更したことで、あそかビハーラ病院と改称している。あそかは、全28床を有する完全独立型病院とし、同年には独立型緩和ケア病棟の認可を受けている。患者の平均滞在日数は約25日とのことだった。病院開設当初から、僧侶が2～4名常駐し、僧侶の着衣は作務衣が主である。あそかでは、僧

侶の呼称を設立当初より「ビハーラ僧」としている。

教団の理念を受けた仏教的実践者の中心であるビハーラ僧の日常は、朝の医療者間の申し送りに参加をすることで、患者に関する情報を医療従事者と同時に共有し、時には、ビハーラ僧としての意見を伝えることで、ケアの方向性についても貢献している。この申し送りやカンファレンス時に、ビハーラ僧が情報として伝える内容は、患者との関わりから得られた来歴である。患者にとって、医療従事者ではない僧侶には、身体的な話題よりも「人生で大切にしてきたもの」「家族への思い」等が話されやすい傾向にある。そのため、ビハーラ僧の一人は、患者の援助に当たる医療従事者に、背景にある来歴を情報として伝えることで、目の前の患者さんをより「全人的に捉えてもらえるように」としているという。これは、僧侶による医療従事者への支援となり、その結果、患者にとっても個別性のあるケアを受けられるという、双方に対して重要な役割を果たしているといえる。その他の医療従事者への支援には、看護師から依頼を受けた様々な介助を行っている。具体的には、看護師との相談の上、車いすを押して散歩に出かけることや、検査や保清の際の移送の補助などである。ビハーラ僧の業務としては、ビハーラ室において、季節行事や患者の誕生日を祝う準備や、中庭をはじめとした敷地内の庭の手入れを行っている（[参考資料](#)、写真⑬）。これは、患者本人や家族が癒されることを目的に行っているが、時には、患者の体調が良ければ、ともに花や野菜を植えることもある。ビハーラ僧は、こうした患者と時間を共にするあらゆる機会において、様々な思いを傾聴することで、残された時間の中で患者が希望する事柄などの情報を得ている。『お坊さんのいる病院 あそかビハーラ病院の緩和ケア』における「生」と「死」を繋ぐ架け橋に」（2017：63）を執筆したビハーラ僧の花岡によると、こういった情報を援助に繋げ、「日常性を回復することが僧侶の役割」であるという。そのためには「暇そうに装うこと」が求められることだとしている。

宗教者としての実践には、<sup>ふほう</sup>布袍 という僧衣に着替えて、ビハーラホールで定時（お朝事、お夕事）読経を行っている。読経中はホールの扉は開かれており、参加は自由である。1年間のインタビュー調査中に観察していると、主な参加者は、患者の家族であることが多かった。患者の参加が少ないのは、平均入院日数からもわかるように、入院する患者が極終末期と見られ、移動による負担という背景もあると思われる。しかし、希望する患者がいれば、看護師も付き添い、ともに読経することもあった（[参考資料](#)、写真⑭）。

このビハーラホールでは、亡くなった患者や家族の希望によって、こうした日常の実践以外に、臨時的実践として、死亡退院する際に「お別れ会」を主体的に行っている（[参考資料](#)、写真⑮）。ビハーラ僧によると、故人となった患者のためと、これまでの患者の闘病・治療の経過中に、ともに苦悩し寄り添ってきた家族に対する重要な行事として位置づけているとのことだった。一般の病院で、患者が亡くなった場合、第1章で述べたように、死亡退院の手続きを早くから取るようにしていたため、遺族は、患者の死が受け止められない状態で、この手続きに至ることも筆者は多くみてきている。ましてや、交通事故による搬送や、救急搬送された患者の死では、死の衝撃のさなかに、医療従事者との関係性もない

状態で、死亡退院の手続きを遺族は取っているのである。つまり、一般の病院では、遺族は死の衝撃を受けた状態で、病院から離れているのである。

調査中に、このお別れ会に接することはなかったが、お別れ会では、院長、主治医、当日勤務している看護師、ビハーラ僧と遺族が、ビハーラホールに集まって行われているとのことだった。内容は、院長や看護師からの言葉、家族の言葉に続き、僧侶による読経などが行われる。院長や看護師からの言葉では、患者本人との思い出が語られ、それを受けた遺族が患者への思いを語るという場になっている。このあそかでのお別れ会の意義は、一般病院と違って、共に故人に関する話ができることで、遺族の気持ちに整理がつき、一区切りすることができる機会となっていること、そして「関係性の中の死」を僧侶が主体となって創出できることである。

あそかでは、死亡退院と言われる遺体の搬出には、第1章でみられた一般病院のような、裏口などから「隠して」ということはなく、正面玄関から入院してきた患者を正面玄関からお見送りする。あそかでの看取りを経験した遺族によると、正面玄関からの退院に関し、『お坊さんのいる病院 あそかビハーラ病院の緩和ケア』の手記の中で「入院の時と同じ家族と共に、（入院の時と）同じように正面玄関「退院」したのです。穏やかな春の陽光が降りそそぐ3月のことでした」というものがある。この後に続く文章はなかったため、正面玄関からの退院についての心境は推察でしかないが、看取りの後の退院時の日差しを、「穏やかな陽光」と感じられたのは、あそかでの死と正面玄関からの退院について、「穏やかな気持ち」で受けとめることができたと解釈することができる。また、正面玄関からの退院について、遺族から言及した手記は、非常に稀少であり、貴重なものであるといえる。

また、お別れ会では、院長や看護師が、遺族に対し、ねぎらいの言葉をかけることで、壮絶な闘病をしている患者の遺族ほど持ちやすい「もっと何かできたのではないか」という思いをケアすることができ、遺族のその後の精神状態にもよい働きをもたらすことができるはずである。通常、身内などを亡くした病棟を訪ねることはないが、お別れ会後も僧侶主体の「初盆法要」や、看護師主体の「ぬくもりの会」において、病院と遺族の交流は続いている。あそかで看取りを経験した遺族の中には、お別れ会をしたビハーラホールに時折訪れる人もいる。それは、故人のお別れ会で看護師との対話に支えられた経験からだという。この遺族は、看取りに間に合うことができなかった遺族の悔いに対し「気丈な方なので、一人でお浄土に行きたかったのではないですか」という言葉を受け「不思議な満足感」を得ることができ「この病院に母を入院させてよかった」という思いを持ったと言う。これらの看取り経験が、その後のビハーラホールに通うことに繋がっているのである。このように、遺族に開かれたビハーラホールという存在とお別れ会の実践は、遺族にとっての有用な宗教的ケアとなつていえる。しかし、ここで強調したいのは、看護師の言葉によって救われたということであり、これは、宗教的理念に基づいた看護師によるケアもまた宗教的ケアであるということである。これは、宗教的精神によっても宗教的ケアは可能であるということを示しているといえるのではないだろうか。

また、病院は患者主体の医療であるために、患者が亡くなれば、医療の役割は切れ、遺族に対して、医療は機能しない。よって、このようなお別れ会の取り組みは一般病院には全く見られず、遺族が「ふらっと」病院を訪れても、病棟内で行くところはない。

次に、ビハーラ僧である花岡による「日常性を回復する」ケアの実践方法についてであるが、ビハーラ僧は、ケア行為に関し、自律的に行われることはなく、基本的に、医療従事者の許可や指示を受けて行うものとなっている。ビハーラ僧による宗教的ケアの実践への過程として、まずはビハーラ僧の介入の決定がある。これは、毎日 14 時からの全職員によるカンファレンスで、最終的に医師から「この件は僧侶の〇〇さんに、アプローチしてもらおうか」と提案されている。その他に、ビハーラ僧自ら、日常生活動作の援助を通して得られた情報によって、ケア介入の決定に至る場合もあった。介入の時間や方法については、身体的ケアを行う担当看護師とカンファレンスの場で、オープンな検討を行っている。決定後の介入では、継続的な関わりが必要であることが多く、毎日訪床し、その日の身体的ケアを提供する時間を看護師に確認してから、散歩やたばこなどの生活動作を共にすることで、患者の思いを傾聴している。こうした日常生活動作が、患者の日常性の回復に繋がっているのであろう。また、花岡は、「ぼくたちは、屑箱のような存在」で、「病気以外のことで何も何でも話してくれて、言っぱなしでいい」という。時間を共にし、話を聞くという動作の繰り返しは、宗教的ケアというより、丁寧な人との関わりである。それは、病院でケアを受ける患者でありながら、「患者であることから解放する」作業になる。時には、家族も、がん患者の家族ということから解放させるために、家族の思いも繰り返し傾聴することもあるという。このことは、患者の‘がん’を契機として、時として、変質してしまった家族の状態を、以前のように整える家族間調整の役割も担っているといえる。患者を中心とした人間関係には、患者、家族だけでなく、もちろん看護師も含まれる。患者のケアに関し、看護師間における意見の違いからくる感情の調整を行うことも、またビハーラ僧の日常的な役割となっている。このように、ビハーラ僧の行う宗教的ケアの対象は多岐にわたり、その手法は、対機的<sup>58</sup>な関わりであるといえる。

### 3) インタビュー調査と分析

#### ・あそかビハーラ病院に勤務を希望した理由

仮説 A に挙げた、あそかへの就業理由が、宗教や宗教者へ期待であるならば、それが医療における宗教者の役割になるといえ、インタビューガイドに沿って、あそかへの就業理由についてインタビューを行い、検討を行った。

A：緩和（ケア）をしたかっただけ。あつ、でも仏教は好きなんです。

M：緩和ケアがやりたくて。まずは、それ。

---

<sup>58</sup> 仏教用語。対機とは、相手の精神的な状態や性質にふさわしい手段で説法をおこなうこと。医療においては、応用として、相手の状態に配慮した関わり、向き合い方になる。

看護師が就業先の病院を選択する場合、自宅から近いことの他に、自分の希望する診療科があるところを希望する傾向が強い。他に、医療機関の機能別区分として、大学病院や地域医療を担う総合病院といった「病院」を選択する場合がある。後者の場合、自分の希望ではない、病院の都合によって就業する診療科が決められることが多く、こういった大病院はたいてい配置移動も自由が少ないことが多く、病院内の診療科を順に経験することになる。

本調査で、インタビューガイドにこの項目を入れたのは、宗教者を常駐配置しているあそかを就業先に希望した背景には、宗教者と連携し、患者のケアを行うことへの‘何らかの期待’を持っているのではと考えたためである。

しかし、結果として、あそかで働く看護師の多くが、AやMのように、専門分業としての診療科である緩和ケア病棟であることを理由にして入職していた。そのため、就業希望の動機に、宗教者がいる病院であるということは、ほとんど考慮されていなかった。仮説としてあげた、これまでの看護経験から宗教者のいる病院を動機としてきているのではなく、あくまで緩和ケアがしたかったところ、あそかが自宅近くだったという理由である。そのため、仏教に対しては、無関心に近く、同じく僧侶の役割やケアについても、当初は「実際については、予備知識もほとんどなく、全くわからなかった」とのことだった。しかし、少数ながら以下のような発言もあった。

E：あそか、あるなあって。真宗の少し勉強していた。だったら看護でもって思った。

C：仏教看護がしたかった。仏教やったら何で死ぬのって答え、教えてくれるのかなって。

L：（見学の際に）病院の理念で決めた。廊下の理念。仏教的で、『おかげさまとぬくもりの看護』理解には一生かかるかな。

この三者はともに、看護師歴が長く、いわゆるベテラン看護師である。中には、役職を経験してきた看護師もいた。これまでの看護経験から、宗教的精神を理念に持つあそかについて関心を持った結果、入職を希望している。これは、自らの行ってきたケアに、仏教的な要素を加えることで、宗教的ケアの実践者、すなわち、仏教看護を行う主体になることを期待しているものである。当初は、宗教者との連携や、宗教者によるケアに対する期待について示唆する言葉はなく、宗教と看護についてという関心に留まっていたのではないかと考えられる。

この質問からの回答では、宗教者によるケアへの関心が、必ずしも入職の動機になっているとはいえず、仮説による結果には導くことはできなかった。しかし、仏教に関心があった三者に関しては、仏教は看護に対し有用な視点を与えてくれる医療資源であると捉え、あそかでの就業が、仏教看護の習熟のために有意であると考えたことによるものであった。しかし、「教えてくれるのかな」という回答に留まってのように、教えてくれる対象に、宗教



者を明確にあげていない。つまり、教えてくれるのは「仏教的病院の風土」もしくは「宗教者」のいずれを指しているのか、当人も、当初は判然としていなかった様子であるといえ、その動機は、仏教看護だったといえる。

B：一般では重症の人しか行けず。がんの人のところには、(多忙で) いけない。

H：(一般病棟は) 手術の回復期に入っていく人、かたや終末期に入っていく人、ドア一枚で全然違う空気。ターミナルの人に十分気持ちが入っていけない、ちゃんと向き合いたい。

K：忙しい中に終末期の人がいた。ちゃんと向き合えていなかった。夜になると背中さすってと、ずっとナースコール。ずっとはできなかった。

あそかでの就業希望の理由に、緩和ケア病棟での勤務を挙げた看護師らの背景には、これまでの患者への不十分な対応や関わりを内省し、振り返る看護師が多かった。そのため、HやKが述べたように、緩和ケア病棟では、処置のケア方法の習熟と同様に、患者と‘ちゃんと’向き合うことがで、理想とする看護を行いたいという希望が、背景の一つにあるといえる。しかしながら、‘ちゃんと’するケアには、具体的な方法はあげておらず、漠然としており、緩和ケア病棟では、これまで棚上げしてきた気持ちが、あそかでは解消できるのではないかと考えていたようである。すなわち‘ちゃんと’には、自らが向き合うケア態度のことであり、当初は、患者との向き合い方法や、宗教者との連携によるケアは想起されていなかったと言える。これは、宗教者のいる病院での勤務歴がない場合が多く、また宗教者がいる病院での勤務が、就業希望になっていないため、想起に至らないのは、仕方のないことである。

以上、あそかへの就職希望の動機を大別すると、宗教にそもそも関心なかった群、一般病棟での看取りの経験から仏教に期待する群に分けられた。この二つの群は、互いに影響しあうことで、あそかとしての一つのケアフィールドを形成しているといえる。このケアフィールドには、新規入職者もあることから、常に、宗教への理解に対する深度が異なる看護師で「部署」を形成しているため、時には、仏教看護をケア姿勢の基本として捉える群と、摩擦や衝突が生じることもあるという。しかし、次第に宗教者との関わりが増えるにつれ、看護師主体の仏教看護から進めて、宗教者を主体とした宗教的ケアの意義について理解するようになっていくのである。

具体的には、当初、医療が回答を持たない‘死んだらどうなるのか’という患者からの問いに対し、看護師が主体的に‘ちゃんと’ケアすることを希望していたが、宗教者のケアに接することで、当初持たなかった宗教者との連携を考えるようになっていくとのことだった。すなわち、このインタビューからは、宗教者への役割期待は、入職時ではなく、宗教者と、実際に接することで具体的に形成されていくものであるといえる。このため、宗教的ケアの普及に関しては、実際に配置された病院に携わることで、その意義が初めて

理解できるといえ、看護学生の実習や、看護師の研修先に、宗教者が常駐する病院を経験することが重要であるといえる。

・死に関する話題と医療の限界について

ここでは、インタビューガイドにおける②と④のインタビューをもとに、患者との死生の対話において苦悩した点とケアの限界について述べてもらい、どのような言葉が患者から表出されると宗教者（僧侶）との連携を考え、一部ケア委譲するのかということを検討した。

A：最終的な「どうなるの？」っていう。生死のね。死後のことが聞ける。心理の人にしたらそこまで言えるかなって…。僧侶の人だったら、死はこういうものだよって言えるじゃない。話をする事で安心して死を迎えられる。心理の人では難しいと思う。

精神科の先生は治療。会話とかもあるけど。患者さんはもっと深いところを聞きたいんですわ。死を受け入れてるんだけど、症状が重くなる、死が近づくと恐怖がでてくる。僧侶が言うと重みが違う。そういう時は僧侶に頼んだほうがいいのかな。死が近づいた 2 週間かな、大体そういう時期。あやふやな返事できないやんか。亡くなったらどうなるの？って言葉が出た時点で僧侶さん。

F：医療のことはわかりつつ、あちらのこともわかりつつ。お話を聞くプロ(心理士)でもいいけど、あの世のことをちょっと介入しても違和感ない存在。

下線の部分に着目すると、医療の限界である死生の会話について、心理職は、自分たちと同じ医療における専門職であり、その対応には限界があるのではないかと考えられているのがわかる。そのうえで、心理職と宗教者を比較することで、その違いについて述べている点は興味深い。

A 看護師は、繰り返し ‘あの世’ を念頭に置いた話題は、医療では対応言語がないとしている。そのため、看護師における共通の認識として、仏教（宗教）は、生老病死に伴う苦に対する説明体系とそれに対応する言語によって、死についても「こういうものだよ」との意味付けが僧侶にはできると考えているといえる。

そして、患者の現世における病気に関連した苦悩、苦痛からの解放の先に ‘あの世’ としての救いがあることを想定した仏教の語りを期待しているのだと言える。しかしながら、ビハール僧らは、このような期待に関しては、やや否定的である。座談会では、「私の考えに引き寄せる（寄り添わせる）のではなく、患者さんの思いや考えに寄り添うことが宗教的ケアの必要な要素である」と考えているからである。これは、あそかのビハール僧に限

らず、宗教的ケアに携わる宗教者に共通する姿勢である。

そして、あそかのビハール僧らは、「他宗教や無宗教、自分の持つ宗教とは違う宗教を持つ相手に対して、どう関わるか」ということは常に念頭を置くことで、「自分の死生観をコントロールできるようになること」を心がけているとのことだった。すなわち、あくまでも受動的な姿勢である。そのことは、看護師にも、もちろん理解されているが、僧侶には、一般的に宗教が持つ価値にまで踏み込んで、語ることに期待が持たれているのである。ただ、ビハール僧として、能動的に宗教の対話に応じることもあるという。それは、患者から、宗教の話を求められた時であり、その際には、自身の基盤である「浄土真宗では」という、自分に引き寄せない語りを行っているという。つまり、ビハール僧らは、自身の基盤である宗派とは距離を置くことを徹底して、一つの考え方として宗派の持つ語りを行っているのである。これは、あそかのビハール僧が、開設から現在までに、宗教者としてのケア方法を研鑽してきた結果であるといえるものである。このように、宗教的対話を求められた時には、患者との対話を重ねることで、関係性を構築し「どう関わるか」について、探りながらケアを行っていると云える。

次に、患者があこの世を意識した発言をした場合の応対についてであるが、看護師に、特に回答を求めていることが多いが、この応答には、僧侶が適していると考えていることの一例を挙げる。

I: (死んだらどうなるのかという話題について) 魂の先は想像でしかないので、その部分において (僧侶は) お答えはできるんじゃないのか? って思うんですけど。

この項目のインタビューでは、ほとんどの看護師が、A や I 看護師のように患者からの「死んだらどうなるのか」という具体的な言葉が発せられたときは、死後の拡張イメージとして‘あの世’が意識できるような支援を僧侶に依頼するとしている。確かに、患者の死に対する思いに留まらない、‘あの世’の話題については、心理職や看護師の対応では不十分であり、難しい寄り添いである。そのため、死後の話題は僧侶の職業性に由来したケアが有用であると医療は期待しており、これは、宗教者と近接する他職種との違いと見ることができる。

また、A 看護師は、死に関する話題について「僧侶が言うと重みがある」と述べている。これは、医療職にとって、死についての会話は「非常に重みを要する」ものという認識にあると云える。医療従事者は、患者の死に対する思いについて傾聴はできるものの、それは傾聴に伴う受容に留まる。受容することは、ケア姿勢として不可欠な要素であるが、医療従事者のケアとしては最も消極的なケアとなる。村岡 (2004)<sup>59</sup>は、医師

---

<sup>59</sup> 医師が行う患者への治療行為が一方的な供与ではなく、患者からの利得として医学知識や医療経験をもたらす相互行為とした。患者と医療者の関係として双方向性があることを論じている。

による患者に対する治療行為を、一方向性ではなく、医療的交換の関係にあると説明している。これは、ケアにおいても同様で、患者とは、双方向性がある交換関係と考えることが望ましいといえる。しかし、看護師が考えるケアとは‘何かをすること’すなわち、患者に対して積極的にアプローチすることであり、受容で完結するケアは、交換性がない、つまり、何もできなかったケアとして考えられている。しかし、受容というケアの完了でも、患者が看護師に「想いを受け止めてもらえた」という認識に至れば、ケアに交換性があったといえる。このことは、川田を引用した村岡（2017：34-35）<sup>60</sup>によると、「仏教医学に通底する心得であり、治療は医師と患者間の慈悲行の交換である」と述べている。つまり、患者とのコミュニケーションでは‘何かをする’といったような、医療的思考だけでは、患者との関係性は行き詰まることになる。

実際に、医療には、死生の対話に応じる言語がないために、黙して傾聴するという関わりになりがちである。このため、臨床では、「言っても仕方がないことを言ってしまったね」というような患者からの言葉をよく聞いてきた。その点、宗教的ケアは、宗教者の考えに引き寄せることなく、時間をかけて傾聴を行っていることから、双方向性の関係を作り出すことが可能となる。その結果、医療従事者とは違う、個別的なケアに繋がると考えられる。その他に、死に関する話題として、患者からの死に対する不安の表出がある。

例えば、あそかの看護師の応対に『おじいちゃんが呼んでるって言われて、「じゃあ怖くないですね」と言っている』『（もう死にたいと言われ）何で死にたいんですか？って、まずは聴く』など、医療従事者は、表出された言葉をケアの課題として考え、傾聴を行う。これが先述したケアの問題解決型思考である。しかし、死に対する不安は、医療従事者の傾聴では解消できないために、あの世の会話と同様に、死の不安を持つ患者の傾聴は、看護師における最も困難なケアとなる。

D：（患者の）死ぬことを汲んであげないといけない。看護師は死ぬことの怖さを汲んであげてるのかなあと思う。

H：魂ってどうなるんやろう、死んだあとしてどうなるんやろう。患者さんに聞かれてもわかれへんで「あっそういう風に今思ってはるんですね」ってしか言えない。

治療に関する不安については、説明することで解消に努めることができる。しかし、死に対する不安は、説明で解消することはなく、ましてや、医療は不安を緩和できるような関わりや言葉を持ち合わせていない。そのため、医療従事者は、宗教者が、死の不

---

<sup>60</sup> 医師で仏教医学研究者である川田洋一の『仏法と医学』第三文明社（1975年）からの引用。この中で、川田は仏教医学の重要な治療法の心得に「四弘誓願」を挙げている。医師と患者の関係性に関して「医師にとって病者は衆生、病者にとって医師も衆生。医師の慈悲行は病者の慈悲行」と述べている。

安に「付き合う」ことを期待しているのである。しかし、こういった場合のビハール僧は、特別な方法を用いてケアに当たっているのではなく、看護師と同様に、傾聴を行っている。ビハール僧の花岡は、「患者さんの死の不安には一緒に揺れることのできるような‘竹のような存在’であること」<sup>61</sup>が僧侶であることの大きな意味であるとしている。すなわち、ケアとして「何かをする」のではなく、その思いに寄り添い傾聴しているだけなのである。しかし、看護師の行う傾聴と違う点は、傾聴という行為の背景にある。

座談会では、ビハール僧の宗教的ケアにとって必要な要素には「共に阿弥陀さまから願われている存在として共感すること」そして、「教えを頂く身としてぶれることなく関わること」を挙げており、傾聴の背景には教義があることを明かしている。また、この「共に願われた」という部分は、先述した、川田を引用した村岡の「医師も衆生、病者も衆生」という解釈に通底した考え方である。よって、ビハール僧の行う傾聴は、看護師の問題解決思考による医療的傾聴と違った、宗教的傾聴であると言える。ただし、宗教者ではなくとも、信念に支えられたものが背景にあれば、医療従事者でも、患者に対する真の寄り添いは不可能ではないはずである。これは、医療従事者が、宗教者との連携や関わりの中から得られた仏教的視点によって、仏教看護に繋がり、宗教者と同じような宗教的な傾聴が可能となるからである。

その裏付けに、あそかで患者を看取った家族の手記から、宗教者以外のスタッフの対応に言及したものがある。その手記には「たまたま性格の良いスタッフが多い病院じゃなくて、この病院には、はっきりとした方針があり、大きな意思が働いていると感じる」「慈しみあふれる看護師の対応に、慈悲の精神が自然とあふれ出ていると感じた」とある。これは、宗教者ではない看護師においても、ケアの背景に、ぶれることのない信念である仏教的視点が得られると、患者と良い関りができると言えるものである。特に、この手記で注目すべき点は、看護師らの言葉ではない「大きな意思」や「慈しみあふれる対応」というような「対応」や「背景にある意思」について述べているところである。これは、寄り添いや傾聴には、言葉や手技が必ずしも重要ではなく、ケア姿勢が重要な要素であることを示しているといえる。このため、医療従事者にも、宗教的な素養や、個人的な死生観が醸成していることも、ケアの実践には望ましいといえる。

D：死ぬときに宗教を信じられたら楽だよ、って。死ぬときは誰かが待っていてくれると思えたら楽だよ、と教えてあげて欲しい。これは看護師できんからね。そう思わせるのが宗教家の力やと思う。阿弥陀様とかではなくて、会いたい人に会えるよって…。

K：現世の価値観で生きないでいいことを教えて欲しい。

---

<sup>61</sup> 『お坊さんのいる病院 あそかビハール病院の緩和ケア』 69 項からの引用。

D と K の看護師に共通することに、宗教者には、患者に死を教えて欲しい、ということをおぼえている。患者に死を教えることは、宗教者のケア領域であり、それにより患者の不安が解消できることを期待しているのである。そして、患者に対しての死に関する準備教育は、K 看護師の「看護師でさんからね」という言葉からも、宗教者固有の役割であるとの認識にあることがわかる。

宗教者による具体的な対応にも言及しており、「死ぬときに宗教を信じられたら楽だよ」「あの世で会えるよ」「現生の価値観で生きなくてもいいんだよ」という、傾聴より踏み込んだ癒しや救済的なメッセージを患者に与えて欲しいとも考えられている。しかし、D 看護師の言う「あの世で会えるよ」というあの世で会える対象は、阿弥陀さまや仏さま等ではなく、会える場所も、宗教が示す特定の場所を想定していないため、宗教者でなくとも看護師からも伝えることはできるはずである。にもかかわらず、宗教者が対応するケアとして考える理由は、死生に関連した心のケアの権利移譲を宗教者に行うことで、より充実した看取りの臨床になることを期待しているのではないだろうか。

・看護師が考えるチーム医療のなかでの僧侶の位置づけ

医療における宗教者の役割を考えるうえで、これまで検討してきた欠かせないものに、宗教者との連携方法がある。連携について検討に入る前に、医療者は宗教者の活用についてどのような思いを持っているのかを、インタビュー項目の⑥に関連して検討している。

J：看護師としてはそこ（得た情報）から医療につなげないといけない。

H：患者さんとよう散歩に行ったりして、（ビハラ僧は）いろんな情報を引いてくれるんですよ。

L：宗教者と患者の会話は目的を持たないもの。ナースは（患者との会話を）情報<sup>62</sup>として捉えるじゃないですか。そこが違うね。

一般的に看護師は、様々な患者の情報をケアに関するデータとして、医療につなげて考える傾向がある。そのため、患者の訴えや発言もデータのの一つとして捉え、医療従事者間で共有することになっている。患者と話す内容は、データ管理の上で重要な情報になるため、常に‘目的を持った’会話となる。患者と交わす雑談すらも、情報を引き出すという目的に沿った方法となる。その理由は、患者の訴える内容が、治療や検査の開始、そして中止の判断となる情報になるからである。例えば、患者からの腹痛の訴えにより、必要な他覚的検査を実施し、その全てに客観的問題がなかった場合、心因性の可能性も疑われる。そのため、さらなる患者との会話から、心因性によるものであると判断できるような情報収集を行う。このように、雑談も情報収集の一つとして位置づけているのである。したが

---

<sup>62</sup> 看護師は患者との会話を情報として捉え、看護計画として立案しケアをする。雑談すらも患者の精神状態としての情報となる。

って、ビハーラ僧が、患者から治療やケアに対する思いや、死生観、信念といった緩和ケアでは重要な情報を得てくることは、看護師にとっては情報収集業務の補完になる。H 看護師が「情報をよく引いてきてくれる」と評価するのは、そのためである。

しかし、ビハーラ僧は、看護師の補完業務を目的として、患者と会話しているわけではなく、あくまでも患者との対話の中で得られた情報の一部だけを、看護師からの要請を受けて提供するに留まっている。つまり、ビハーラ僧の行う対話は、看護計画に沿ったケアではないため、対話の内容が、計画の評価対象になることはないのである。そのため、ビハーラ僧はかなり自由な形で、会話できるため、患者の思いを自然に引き出すことが出来ているのである。すなわち、ビハーラ僧は、看護師とは収集した情報の交換はするものの、看護師の補完業務とは別次元の自律した形で患者と会話をすることができる重要な存在なのである。

H : 何をして欲しいわけでもないけど、僧侶がいて…横でこう…法話じゃないけどしてくれたら…。

腰を据えて患者さんの話を聞いて（略）いろんな法話も出来はるし、いっぱい知ってはるし、いろんな人を見送ってきたやろうし。

J : (患者さんとの会話において、僧侶は看護師と違って) 返し方も引き出し方も違うと思います。宗教家だからこそ話せることもあるんじゃないですか。

M : 話の中で納得させられる。言葉探りをしてくれるっていうか…。そういう話術。僧侶やね。

インタビューでは、患者と向き合う際の看護師と僧侶の違いとして、「返し方引き出し方が違う」「言葉探りをしてくれる」など、話術とコミュニケーションを挙げている看護師が多く見られた。「いっぱい知ってはるやろうし、いっぱい見送ってきたやろうし」というように、宗教者は、葬儀や法要を介して、悲嘆している人に発揮できる能力があると考えられている。しかしながら、このインタビューで、ある看護師は、大病院の経験として「5年で300人ほどお見送りさせてもらった」との発言もあり、筆者も看護師経験の中で、多くの患者を見送ってきた。そう考えると、看護師も死者数としては、「いろんな人を見送っている」のである。そのため、この発言の意味するところは、(葬儀として) 死の事例を多く持っているため、遺族に対してのケアには実績があると考えられているためであると思われる。ここで整理したいのは、「いっぱい見送っている」のは、死者の体であり、僧侶は、死にゆく主体である患者の死の瞬間に立ち会っていないことである。このため、関係性の中で看取することを期待しているが、それには、ビハーラ僧の個人的資質や、研鑽によるものが大きいのである。

また、「いっぱい知っている」と期待する背景には、医療従事者が医療上の価値観でしか

考えられない死について、死の不安についての緩和方法や、死後のイメージの付与などに、宗教的言説が有用であると考えられていることが要因であろう。すなわち、新たな死生の価値観の構築に、法話を応用とした関わりに期待しているのだと考えられる。

僧侶と看護師との違いにおいて、返し方と引き出し方の違いを指摘した件については、先に述べたように、看護師は患者との会話を「情報」として受け止めている点にある。多くの看護師は患者との会話は、目的を持っているため、看護師主導で行うことが多く「聞いていく」作業になる。その点、僧侶は会話ではなく対話の場としており、当然対話の内容は情報として受け止めていない。会話の主導は僧侶でなく、患者が主体となった語りである。その語りの中から想いを「聴いていく」ことができるという点が看護師との違いになるのであろう。

看護師と僧侶の患者との話す場面で、「聞いていく」という姿勢と「聴いていく」の違いは C 看護師のインタビュー中にもよく表れていた。インタビューの中で、患者との会話において「患者さんの話を聞く」と「患者さんとしゃべる」と無意識に使い分けていた点である。聞くと言う表現の時は、看護師による目的を持った会話である時が多く、しゃべるという表現の時は、僧侶とともに、患者のベッドサイドに行ったときや、僧侶の患者との会話を指す言葉遣いとして、使用されていたのである。

まとめると、ビハラー僧には、患者との応対で、医療情報を引き出さないといけない立場でないことから、自由な会話を行い、その想いを聴けるという利点がある。そして多忙な医療従事者に代わって「腰を据えて」患者との関係性を構築し、仏教的価値観によって死に至るまでの生を援助してもらいたいと期待していることがわかる。そのためにインタビューをした看護師が共通して述べたことに、傾聴には、自律した立場からの対応を望みながら、医療情報を得ることも求めていることがわかる。

O：時間的に余裕のある僧侶さんがいることが大事。

医療従事者は、僧侶が行うケアには、あくまでも、ルーティン業務の時間的制約がない中での関わりを希望する。その第一には、患者を孤独にしないで欲しいという要望である。つまり、ビハラー僧が、医療従事者と違って特定の業務を持たず、また、どの部署からも制約を受けずに、患者のケアを行うことが、医療従事者からは、理想的であるとみなされているのである。

医療現場では、指示・報告系統が明確にあり、医師の業務補助では、看護師は、医師の指示を受け、報告を行う。これは、保健師助産師看護師法に明示されていることである。業務上で、得た情報は部署で検討・共有する場を持ち、共有形態としての記録が義務付けられている。ビハラー僧は、医療チームの一員として得られた情報の報告を求められることになるだろうが、その義務を負わないため、ビハラー僧からの情報は、看護師の記録の形として、医療上の公式な情報として扱われる。



このように、緩和ケアにおける宗教者の位置づけには大きな課題がある。それは、宗教者が、医療における専門職ではないため、患者のケアに対する指示や報告に関しても、医師と看護師のいずれの職位に従うかの原則がなく、宗教者を、医療のヒエラルキーの中のどの位置の職位にするのかということになる。

しかし、あそかでの実践を観察すると、ケアの実施や報告は、看護師と同様、直接的に医師の指示を受けることが多かった。具体的には、先に述べた患者に関する全職員参加のカンファレンスの場で、最終的に決定を行う立場にある医師によって、患者へのケア依頼がされていたのである。すなわち、あそかのビハーラ僧は、医師の指示を受け、評価や記録は看護師と共に行うという方法を採用していることになる。ビハーラ僧は、チーム医療の一員として、病院でケアの一端を担っているために、全くの自由で制約を受けないというわけにはいかないものの、医療従事者からは、自律的な方法でケアを提供する立場でいることが求められている。

以上から、あそかでの取り組みの考察として、今後、発展的に病院に宗教者を配置するための一つには、宗教者の位置づけを整理する必要性があるといえる。

#### ・宗教者の参与による患者の状態が好転した事例について

インタビューガイド⑦の「僧侶の介入によって患者の状態が好転した事例」について検討を行うことは、インタビューガイドの③「宗教者のいない病院と、あそかでの患者さんに違いがあったか」と関連するものである。このため、インタビューガイドの⑦と③については、併せて検討を行っていく。

多くの一般病院には、現在のところ、宗教者を病棟に配置することはほとんどみられない。それは、インタビューの背景で述べた、一般病棟においては、不要な職種とみなしていることによるものであろう。

あそかに入院する患者の多くは、転院もしくは、紹介入院である。よって、あそかへの入院以前に、宗教者とは無縁の病院を経由してきたものが大半である。あそかで家族を看取った家族の手記に、発症から亡くなるまで、5つの病院での入院を経験した家族がいる。その家族は、「先生や看護師さんは繁忙で必要最低限のことしか話しかけてはいけない」と思い「期待しすぎてはいけない」と思っていたという。

筆者の経験からも「みんな忙しいそうだったしなあ…」と、遠慮していたことを、後になって、打ち明けてきたことがある。これは、患者に関わるスタッフが、医療従事者のみであったことが要因である。また、別の家族は、あそかに入院するまでに、2つの病院に行き、希望する治療方法を伝えたと「うちでは見ることができない」と言われ、病院不信となり、医療難民になった気持ちで患者と抱き合って泣いたと言う。このように、病を宣告され、残る生と死に関し、深く思索する患者や家族は多い。この事例に関しても、病気に関しての対話は、医療従事者とすることができるが、患者の希望するケア、すなわち、最期に至る生き方への対話に応じるスタッフがいなかったことが、

患者と家族を医療の中で孤立させた要因と言えよう。

いずれのケースも、あそかでの宗教者と関わりから、患者は、「元気になり」家族は、宗教者によって「何度も救われた」「精一杯良い環境で最期を迎えさせてあげることができた」との思いに至ったという。しかし、あそかへの勤務希望の看護師の動機にあるように、一般病棟の看護師側も、本来‘ちゃんと’向き合いたいと思っているが、臨床では、死生に関する会話を「腰を据えて」話すことができないのである。実際、話をするために必要な、患者の傍にいたるという時間の確保ができないという状況である。

インタビューで看護師が述べた‘ちゃんと’向き合うために腰を据えて話すことは患者にとって、改めて、どのような心理状態をもたらすのだろうか。

C: (患者が A と B 僧侶に) 来てって呼んだんですけど。あの山見て、いい人生やったなっていう話をしてました。(普段楽しいことを言っても) 突然、死んだらどうなの？って、よう言われてました。今から聞きます！ではなくて、そんなチャンス。その時のタイミングとかあるんですよ。

E: ビハール僧に宗教的な話を求められている方っていうのは確かにありました。その時に、行ってもらってよかった、というのもあります。それ以外では、正直僧侶じゃなきゃ、ダメか？と言われればそんなこともないのか…。患者さんにとったら、「今来て欲しい」っていう「今」がずっと行ける人であれば、無理なくね。誰でもいいから、とにかくゆっくり傍にいて欲しいという。

多くの看護師は、終末期の患者と‘ちゃんと’向き合いたいと考えていたが、それは、看護師が都合がつく時間内では難しいことをこの二つ事例が表している。看護師に、まとまった時間が「今」できたとして、その時間に、患者と腰を据えて向き合おうとしても、患者にとって話すタイミングが「今」ではないのである。

死に関する話題は、一方的に聞くという姿勢ではなく、入院生活を営む中での、何かしらのタイミングがあって聴くことができるものである。この「今」に応じられる人は、時間的に余裕のあることが重要で、患者側の「今」のタイミングを合わせることを求められる。E 看護師によると、緩和ケア病棟であっても患者のタイミングに「ずっと行くこと」は難しいことであることがインタビューからうかがえた。緩和ケア病棟は、入院中のあらゆる痛みからの緩和を図ることが目的であり、不安や辛さなどの心の痛みも緩和の対象となる。不安に対しては、共に時間を過ごして、求められた会話に応じることが、入院生活における充実度や穏やかな死を迎えることの重要な要素となる。

あそかでは、患者にとって、自由度の高い僧侶が常に院内にいて、患者とともに散歩をするなど、生活動作を共にすることは、これまで入院してきた病院とは全く違う点である。僧侶とともに過ごす時間が患者にとって有意義であれば、患者の状態は好転し、それが、僧侶の役割となる。患者に対して、ルーティン業務を持たない、あそかにおけ

る僧侶の活動方法は、今後、宗教者の専門性を示す上での不可欠な構成要素として考えられる。

F：同じことを私たちが、やれてもそれは業務。担当があって時間が限られている。僧侶もそうかもしれないですけど、絶対長く関われる分、関係ができると思うんです。

僧侶がいてさすがだなんて思うのはご家族に語る言葉。1日とか2日とかの入院でも患者さんのあらゆる場面を思い出として語ってくれる。家族からはそうやって関わってくれたと思うと慰められると言うし。

K：（患者さんが）いつも戦争の話をされるんです。1～2時間とか。そういう人生を披露するような話を、じっくり聞いてもらった時の患者さんの表情がよかったですね。

時間をかけて患者との会話を持った後の看護評価として「患者の表情がよかった」ことは好転した事例である。また、看取りまでの短い期間の中であっても、患者と極力時間を持って、関わろうとしたビハラー僧は、後に、遺族に対して患者と過ごした期間を「思い出」として語るができる。一方、医療従事者は、患者との時間を振り返ってみても、思い出として捉えることはなく、それは、治療やケアとして要した「時間」である。僧侶は、患者と共に過ごした期間を多くの看護師のように時間業務として過ごしてはいない。すなわち、思い出として振り返れる時間は、患者や家族にとって、入院生活や死に向けての穏やかな時間を支援した宗教者のケアであるといえる。傾聴や寄り添いというようなケアを行うには、時間を共に過ごすことが、患者との関係性の構築には必要であり、臨床では、自由度の高い僧侶が緩和ケアの実践者として重要な役割を担っていることがわかる。

O：A僧侶が行って、表情や生活のされ方が何か変わったというようなのはありますね。

他に、O看護師以外にも、特定の事例は示さなかったものの、ビハラー僧と話した患者が、後に、表情や生活態度として「何か」変わったという好転的な事例が少なからずあるとインタビューでは聞くことができた。この「何か」については、様々で、散歩に行くようになった、折に触れ雑談に応じるようになった、患者や家族とスタッフ間のコミュニケーションがよくなったなどであった。あそかで患者を看取った遺族の手記には、「あそかでの入院以降、明るくなった」との声が多かった。そして「余命判定で言われたよりも長く生きたのは、あそかでの宗教者を始めとしたスタッフの心に触れ、穏やかに暮らせたからだと思える」と述べている。つまり、患者は、ビハラー僧の行う宗教的ケアや、看護師の行う仏教的視点のあるケアを受けたことで、心理状態が好転したとい

える。

・病院における宗教者の配置に向けて

これまでのインタビュー調査を振りかえると、「あそかの看護師がビハラー僧に期待しているケアが宗教者の役割である」という、本調査の前の仮説 A は、インタビューを通して一定程度正しいことが明らかにされたといえよう。このことは、宗教者の専門職性とは何かの提示につながっている。

今回のインタビュー調査から導かれたビハラー僧の専門性をまとめると以下になる。

- ① 看護師によるケアの「没入」を防止する。(患者の抱え込みやバーンアウト)
- ② 宗教的傾聴をケアに用いることで、患者の死に対する不安などの感情を緩和できる。
- ③ 医療が想定する「完了としての死」<sup>63</sup>という価値観ではない‘あの世’などの「不死性 immortality」<sup>64</sup>に基づいた死生に関する共感を生み出すことができる。
- ④ 患者との時間の共有をすることで「関係性における死」を創出できる。

また、仮説 B で立てた、医療における僧侶の位置づけという課題については、宗教者が医療チームの一員として常駐するためには、他の職種と比較した優位性や、専門職性を明確にする必要がある。そのため、本インタビューでは、主に、僧侶が得た情報の取り扱いと、医療従事者との連携について焦点を当てることで、その職位の特性について明らかにすることができたと考える。

現状の宗教者を取り巻く状況で、宗教者を医療のヒエラルキー内に置くこととすれば、医師を頂点とした看護師や、その他医療専門職の指示を要することになり、自律的に活動はできまい。しかし、今後、優位性もしくは、専門性を明確にすることで、患者の心の健康を害しない範囲において、自律的に活動可能で、医療従事者と対等な立場となることができよう。しかしながら、医療のヒエラルキーに宗教者や宗教的ケアを位置させることは妥当かという問題点は残っている。これに関しては、本インタビュー調査の限界であり、次の研究課題としたい。

今回のインタビューから導かれた医療における宗教者の位置づけ（職位）について、以下にまとめる。

---

<sup>63</sup> 高城和義『パーソンズ 医療社会学の構想』岩波書房 P187、192 からの引用。高城は、パーソンズの近代医療の死の意味付けを、「医療の敗北」から「完了としての死」への価値の転換をすべきであるとしている。

<sup>64</sup> 村岡潔『死に臨む医療 End of Life Care を担う人々の役割』佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集 06 号 P159-160 から引用。死後にも拡張した世界観があること。

- ① 看師と連携したルーティン業務を持たないことで、患者と時間の制約無く関わりを持つ。
- ② 医療従事者に準拠したケアを行う。
- ③ 患者から得た治療（医療や看護）に関わる情報は、看護師へ報告の義務を負う。
- ④ 患者の「今」に応じるため、夜勤も含めた交代制勤務が望ましい。

### 第3節 インタビューからの考察①—看護師による看取りの過程と倫理

この度の看護師に対するインタビューからは、あそか入職以前の病院での「看取り」に、心理的葛藤が少なからず生じていたといえる。同様に、多くの看護師も、担当する患者が、亡くなっていく経験を重ねるごとに、自身のケアの内省や、無力感から心理的葛藤を生じ、最終的に離職へと繋がる職業的バーンアウトがあり、それが問題視されてきている。

この一因として、看護師の一連の業務の中で、病院組織における権力者、つまり院長などの施設長や、所属機関の長である看護部長、組織経営に携わる事務長などとの倫理的な側面での衝突があげられる。その背景には、患者のために、看護師個人の心性によって、患者のために行いたいケアがあっても、チーム医療の規範から外れて、逸脱した行動をとることは、‘できない’のである。病院における規範とは、法律による制約ではなく、医療現場が持つ風土である。例えば、勤務中に患者と十分に会話ができなかったために、残業をして傾聴することや、親しかった患者の死亡に際し、遺族からの希望があっても葬儀に参列することはできないなどがある。これは、「あなたがすると、全員しなくてはならなくなる」から、しないで欲しいという不文律のようなものである。この病院風土を形成する規範には、明文化されたものや基準があるのではなく、病院ごとにおける暗黙のルールである。病院によって、許容の範囲に多少の違いがあるが、概ね、似たような規範を持ち、病院全般に見られるような医療風土とも言えよう。

このように、チーム医療においては、病院でのルーティン業務以外のことは、突出した逸脱行動とみなされ、病院の秩序を乱すものとして制限される。このような風土は、所属長や事務長などによってのみ作り上げられるのではなく、むしろ同僚看護師らの目によっても作り出される医療文化の桎梏である。所属長や事務長などの権力は、病院風土の維持のために、最終的な制限をかける役割になるため、この種の倫理的な問題は、患者との間というよりは、実際は、病院の現場での医療従事者間の衝突によるものも多い。

同僚看護師らによって作られたこのような病院風土の背景には、医療における多忙さがある。看護師らは、ルーティン業務で精一杯であり、自分たちの都合の良い職場環境としての医療風土を作ることで、標準的なケアの範囲に収まるルーティン業務を遂行できる状況を作り出している。病院は、入院中の患者に対する連綿としたケアのために、

交代勤務制を敷いており、看護師は配分された時間内に、業務を遂行することが第一目的となる。業務から外れたケアは、看護師の業務ではなく、私的な個人による行為とみなされ、望ましくないとされる。しかし、このような医療風土は、看護師個人の心性に、葛藤を生じさせることが多く、看護師の内面では、絶えず倫理的衝突を起こしていると思われる。その解決方法として、所属する病院を退職してはみても、実際、どの病院に転職しても、同じ風土をもっているため、同じような葛藤は続くのである。

時には、顕在化した衝突案件は、院内の倫理委員会で検討され、解決・解消が図られる場合もある。しかしながら、組織上の規範により‘できない’ことは、事例を重ねても解消されることもなく、割り振られた時間の中で業務を遂行していくことだけが、相変わらず自己目的化されていくのである。そして、繰り返されるルーティンの仕事によって、倫理的な課題や葛藤は、看護師個人の内面に埋没されてしまっているのである。

このような事態は、医療政策や組織構造上の問題が背景にあるのに、葛藤している看護師の個人的なジレンマにすぎないとして矮小化する医療風土にも問題がある。個人的なジレンマという帰結では、標準的な行いだけをする看護師として勤務を続けるか、退職するかという結論にしか至らない。あそこでは、僧侶が、患者と医療者間の調整を行ったように、看護師の倫理的葛藤についても、職員間の調整や、バーンアウトによって離職を考える看護師に対する心のケアを担っているという。しかしながら、看護師個人が、倫理的な問題に対してバーンアウトする根本的な原因は、看護教育から臨床にまで連なる、ケアに没入するように教育された自己犠牲の精神にあり、その精神によって、看護師に、達成不可能なケアリング（関係性における看護）の目標を設定させ、燃え尽きてしまうことにある。あそこのように、宗教者が常駐していれば、看護師にケアすることが可能である。しかし、大多数の宗教者が配置されていない病院の医療現場では、通常、そのように、人のいのちの領域（価値観）に踏み込むことには、限界があることを、看護教育や臨床での教育でも明確にする必要があるだろう。同時に、看護師の心理的葛藤は、個人のジレンマだけの問題ではなく、解決には組織風土の改善を行う必要性もある。宗教者による一時的な心のケアは、看護師本人の救いとなるが、根本的な問題が横たわっている以上、解消には至らない。そのため、宗教者の配置がない医療施設側は格段の努力が求められると言えよう。

今回のあそこでの看護師へのインタビューでは、燃え尽きた感覚を持つ看護師に対して、宗教者による直接的なケアを受けないまでも、宗教者によるケアに関わることで、個人的なジレンマを代替的に昇華させていると感じるところが多々あった。しかしながら、同調圧力を伴った風土によって、ケアの行為が制約を受けることに苦悩するほど、患者のことを考えている看護師は、すでに十分な寄り添いのケアを行っていると言っても過言ないだろう。

インタビューからは、終末期医療に関わらず、看護師（看護助手）は、病院の規範、医師の命令、患者のニーズ、家族の希望等を調整し、制約の範囲内でできる個別的なケ

アの有り方を模索していることが明らかになったと言える。

#### 第4節 インタビューからの考察②—宗教性を生かしたケアの複雑性

インタビュー時、あそかのスタッフと僧侶の協働体制は、病院開設の2008年から6年目を迎えるところだった。この6年間は、あそかの僧侶にとっては、キリスト教によるチャプレンや長岡西病院のビハーラ僧の取り組みを先例として、医療従事者との協働のあり方を模索してきた6年であったと考えられる。

この間には、日本的看取りのできる宗教者の養成として、2012年に、東北大学にて臨床宗教師養成講座の開講があった。臨床宗教師の創設は、各宗派や各宗教を超えた新たな宗教的ケアの担い手の創出であり、宗教者によるケアの充実をはかることを目的としたものである。

臨床宗教師の創設以前の、長岡西病院や、あそかににおける宗教的ケアでも、布教が行われていると疑われるような教義の押し付けは、行われてこなかった。しかし、現在の宗教者によるケアの潮流は、特定の宗派宗教を想起しないケアであることが望ましいとされ、完全に「中立的な」宗教的ケアであることを目指すよう強調されている。

そのような潮流の中、あそかは、真宗本願寺派開設であることから、仏堂に阿弥陀様の掛け軸や読経など宗派の持つ信仰形態を提示している。また、毎日行われる定時勤行については、宗教者たる根拠に真宗僧侶を提示する布袍、輪袈裟のスタイルで読経を行っている。しかし、あそかの立場は、開設当時から、患者の信仰や思想を尊重した対応を患者に続けてきているのである。ただ、このようなビハーラ僧による信仰の提示は、現在の主流である不偏的な宗教的ケアとは言えないのではないかという指摘に対する説明が要するだろう。筆者の解釈としては、定時における読経は、法要のような特定の個人に向けたものではない、阿弥陀仏に向けられた僧侶の普遍的な営みに他ならないため、教義や信仰の押し付けには当たらないと考えている。

本来、教義をもって衆生<sup>65</sup>を導くことが宗教の目的であるが、宗教が病院内で社会資源として用いられる時は、「教える」ことや「導く」という行為は、布教的行為にあたるため、ケアの姿勢としては、避けるべきものになる。このため、看護師のインタビューで、明らかとなった宗教者の役割期待に挙げている「患者に死を教えてあげて欲しい」という要請は、この理由から、僧侶は行うことはできないのである。奈倉（1987）は、信仰に関し「仏教は信仰ではなく生きることである」とした。すなわち、仏教を含めた宗教とは、信仰することで完結するのではなく、生きることによって反映させるものでなければならないと解釈することができる。よって、僧侶による読経は、患者の生きることを支えるために行われており、四苦にあえぐ患者の安寧を阿弥陀仏に向けて願う宗教的ケ

<sup>65</sup> 仏教用語。生きるものすべてという意味。「衆生再度」など、仏や菩薩による救済と結びつけられることが多い。衆生再度とは、あらゆる人々を救い、悟りの導くことをいう。

アの根幹をなす行為であるといえる。

また、信仰に関し、村岡（2019）は、「仏教は人間の生活や社会活動を充実させる力となるべきもの」であるとしている。そのうえで、「仏教医学の対象は病気ではなく病者であり、しかも四苦にあえぐ人間のそれ自体である」と述べている。僧侶の宗教的ケアの行為は、医療従事者のように、患者の病気に着目してケアを行っているのではなく、病気を持っている患者本人の心をケアの対象としているのである。そのため、患者を一人の人間としてみなし「患者の日常を取り戻せるような」視点でケアを行っているのである。

そして、インタビューでは、看護師が、僧侶に望むケアとして、「患者の不安や死ぬことの怖さを汲んであげて欲しい」という、医療従事者には難しいケアの役割を、僧侶に担ってもらいたいという要請があることが明らかとなった。患者からの「残りの人生に価値があるのか」「死んだらどうなるのか」といったような問いかけに対し、宗派による浄土や天国などの限定的な場所を想定しない、会いたい人に会える‘あの世’として対応してもらいたいとしている。宗教者に、このような要請をすることは、宗教者の思考や論理に適っているとはいえず、それを越えた、複雑性の高いケアを要請しているのである。

医療従事者が希望する普遍的な宗教的ケアの構築には、宗教者の宗派によって形成された宗教性をいったん解体し、再教育する必要がある。これが現在の潮流である臨床宗教師の養成課程ということになるのであろう。要するに、患者がもつ‘あの世’などの不死性に対するストーリーに、応じることができる宗教者の宗教性がケア行為を構成する要素とされている。ここでいう宗教性とは、宗教者の持つ信仰や思想から抽出された個人の信念の部分であり、スピリチュアリティと言い換えることもできる。他の宗教者と通底する信念（スピリチュアリティ）を統合したものが臨床宗教師であり、この宗教性がケアの担い手のとしての根拠となっている。しかしながら、宗教者が、資格の前提である宗派から離脱すれば宗教者とはならず、宗教的ケアの担い手とはなくなる。そのため、あそかの僧侶や臨床宗教師の行う宗教的ケアは、教義を内面に置いた宗教的多元性のあるケアといえる。この点においても、宗教者は抽象度の高い複雑なケアをしていると言える。

あそかの僧侶や、現在の潮流である臨床宗教者による個人の宗教性（スピリチュアリティ）による宗教的ケアは、第 2 章で述べたこれまでの宗教的ケアの概念の根幹であった宗教的な使命によるケアというものではない。朴（2012：261）は、制度化された宗教ではないスピリチュアリティについて「宗教に属さない信仰生活に近いもの」であり、「宗教からの自立」と述べている。医療従事者や社会から理想的であるとされる宗教的ケアは、宗教者の宗教性の応用である。これは、「宗教（宗派）からの自立」したケアであるといえ、宗教的ケアというより、さらに普遍的なスピリチュアルケアであるといえるのではないだろうか。

臨床の医療従事者は、心のケアであるスピリチュアルケアと宗教的ケアを混同して解釈することが多い。その理由は、双方のケアに、明確で統一された定義がないことによる。



ただ、多くの医療従事者の理解としては、宗教者が行うケアが宗教的ケアであり、看護師が行う心のケアを含めた、心のケア一般をスピリチュアルケアとみなす傾向がある。

第 3 章では、看護師から見た理想的な宗教的ケアについて、考察することで、宗教者の医療における役割について明示化することができた。しかし、緩和ケアを行う施設への宗教者の常駐に繋げていくには、宗教的ケアの担い手を医療に特化した専門家に変える必要がある。実際に、病院では、標準化された教育体系や資格制度を持つ心理職を採用する傾向がある。

次章では、インタビューから見えた患者が望む傾向とは違った、現在の主流である心理化されたケアとしてのスピリチュアルケアについて考察を行う。そして、今後の患者に対する望ましいケアの有り方についても次章では検討していきたい。

## 第4章 心のケアと宗教的ケア—その再考と心理的な視点

### 第1節 宗教的ケアとスピリチュアルケア議論—医療におけるスピリチュアルケアとは何か

1984年以降、“spiritual dimension of health”について検討を重ねてきたWHOの理事会は、1998年にWHO憲章前文の「健康」の定義にスピリチュアリティの要素を加味した、以下のような定義案を提唱した。

Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (下線部は引用者)

この案は、WHO総会では時期尚早で審議見送りとなったままだが、「健康の新たな定義」として、これまで医療従事者の間で周知されてきている。医療従事者は、この4つの視点から、患者を単に健康を損なっている人と捉えることなく、トータルな視点から、患者の健康の保持・増進について援助するという認識を持った。これは、人間が4つの要素からなる統合体であり、これら要素の内、一つでも損なわれる状態は、病状にも大きく影響を与えるためと言える。

臨床では特に、緩和ケア領域にある患者が、この4つの要素において様々な側面で痛みを持つ存在であり、患者の「痛い」という訴えは、精神的、社会的背景によって引き起こされている可能性もある。そのため、患者の痛みの訴えは、トータルペイン（全人的な痛み）として理解していくことの重要である。

この「健康の再定義案」が日本語訳された当時は、spiritualは‘魂’と意識され、筆者も20年以上前の看護師教育機関において、このスピリチュアルに対するケアを‘魂のケア’として学習してきたが、当時、この魂のケアという言葉には、違和感があった。その理由に、全てのケアには、科学的根拠、いわゆるエビデンスに基づく必要性を徹底して学習してきたにも関わらず、‘魂’のケアは、非常に抽象的であったからである。このような抽象的で宗教的な表現を持つケアの方法について、実習担当の教員も含め、数人の教員に訊ねてみたが、いずれも抽象的な回答に留まり、結局、十分理解できないまま、看護師として臨床に入ってしまった。これは、当時の教育機関や臨床では、魂と意識された、スピリチュアルという概念は、一般的に、医療従事者に、定着していなかったことによるものであろう。

筆者は、臨床に入ってから、スピリチュアルは、魂であるから、患者の持つ宗教に対する尊重と理解していた。この解釈は、患者の入院時に聴取するアナムネ（患者情報の聴

取)の項目に「宗教」という欄があったためである。そのため、スピリチュアルケアとは、患者が話す「宗教的な」話題を傾聴することがケアであると認識していたのである。しかし、実際は、一般病棟で入院中の患者と、信仰する宗教についての会話はなく、信仰に配慮したケアも、ほとんどなかった。そして、医療従事者間でも、患者の宗教に関する情報を共有したことはなかったのである。

当時の筆者によるスピリチュアルケアに対する理解を表す一例に、新宗教の教本を読んでいる高齢の女性の事例がある。彼女は、毎朝の習慣である教本の読書を、「私の生きる指針なの」と話した。筆者は、この教本の内容に関した話に応じることがあったが、こういった「宗教の会話」に応じることがスピリチュアルケアであると思い込んでいた。これは、「スピリチュアル」が、西欧的な表現であり、筆者も含めて一般的には、具体的な理解が難しいことが背景にあらう。

現在では、スピリチュアルケアの議論も進み、医療従事者の理解も深まってきているが、患者のヘルスケアやトータルペインとして考えた時、医療従事者には、それらに対する十分な援助は、依然、難しいと考えられる。その理由に、医療従事者が、身体的ケアを優先した専門職で、患者の宗教性や死生観に繋がるスピリチュアリティに対応する専門職ではないということが挙げられる。さらに、日本の医療機関では、スピリチュアルケアを担当する専門職が、一般病棟では不在であることも多く、その任は、主に看護師となっている。これは、身体症状以外のケアについては、各々の病院で、対応できる専門職か、看護師らの対応で十分であると考えられているためであり、その結果、スピリチュアルケア専門職の配置が遅れてきた。これが、現在までの医療における **mental** (精神的) や **spiritual** に対する理解である。

第1章のS氏の事例を再掲すると、患者の腰痛の増強には、息子の面会がないという背景があると考えた筆者は、患者の痛みをトータルペインによるものとして傾聴を行った。振り返ってみれば、S氏の腰痛は、息子が面会に来ないことで「こんな状態で生きていて何になるの、死にたい」という心の痛みも伴っていたと考えられる。このS氏の発言を、看護師はPOSに従って、精神的な側面とスピリチュアル的な側面に分けてアセスメントし、ケアすることは不可能なことである。それは、患者の精神的な側面とスピリチュアルな側面は関連していることが多く、分けて考えることができないためである。

しかし、WHOの健康の新たな定義案では、スピリチュアルは、精神的なものの区別されているため、医療の臨床でも批准して、スピリチュアルケアと精神的ケアを区別して考えられてきている。このように、医療が批准してきたWHOの定義案と、実際の臨床によるスピリチュアルの解釈に、相違があるにも関わらず、医療が関連する団体が合意に至る解釈や統一的な定義はいまだない。そして、日本WHO協会についても、このスピリチュアルに関して「どう翻訳すべきかを考えてみることも、私たちが「健康とは何か」を考えるヒント」<sup>66</sup>であるとしており、立場を明確にしていない。同じく、スピリチュアルケア学会で

<sup>66</sup> <https://www.japan-who.or.jp> より。

も、明確な定義は行っておらず「人生をサポートするもの」という表現に留めている。これは海外においても同様で、小西（2007）<sup>67</sup>は、アメリカでも統一定義はないとしている。現在は、定義があいまいなスピリチュアルケアへの医療者の理解としては、信仰を含めた患者個人が持つ宗教性や死生観などの思想に関わるケアであるとみなされることが多い。すなわち、医療従事者がケアできないか、ケアしにくい領域のケアを意味するものである。こうした、患者のスピリチュアルな要素を、看護の中核概念であるケアリング（人間対人間の関係性による看護）によってケアすることが求められるため、臨床の看護師の苦悩を生み出すことになっている。

この医療従事者では難しいとされるスピリチュアルケアを、従来からの看護師の対応に頼るのではなく、医療的ケアとして取り組むためには、専門職の設置が不可欠となってくる。これまでは、精神的な医療の側面から、精神科領域の専門職が心理的ケアの担当者として専任されてきた。しかし、このような職種による「診断」という視点は、スピリチュアルケアとは異なるため、ケアには向いていない。こうした理由から、専門職の配置には、精神的ケアに特化した心理職によるケアだけでは不十分であると言わざるを得ない。また、スピリチュアルの基底にある個人的な死生観や思想などの思想の扱いは、哲学者も有用であるが、そもそも、哲学者は対人職でないため実践的ではない。そこで、医療従事者は、人々の「救い」や「癒し」の提供者として機能してきた宗教者に期待したといえよう。日本でも、淀川キリスト教病院や、聖隷三方原病院では、すでに、キリスト教のチャプレンによる実践があり、その活動は、医療者からは評価されていた。このため、医療のスピリチュアルケア担当者に宗教者も考えられるようになっていったのである。

このことが、スピリチュアルケアと宗教的ケアの「解釈」に対して、医療従事者に混同が生じ、その役割が不明確なまま、ケアの担い手に心理職と宗教者が混在させることとなった。これは、先述したように、スピリチュアルケアが、明確な定義や統一的な見解を持っていなかったためであり、臨床における個別的な判断によるものだった。日本での宗教の組織的な実践としては、先駆的にキリスト教のホスピスで行われてきたが、1985年に、仏教的なビハーラという概念が登場してからは、スピリチュアルケアと宗教的ケアは、同じかという議論が徐々にみられるようになった。特に、仏教的なケアを行う病院や病棟の開設が1990年頃から進み、あそかビハーラ病院開設の2008年のビハーラによる実践は、宗教的ケアとスピリチュアルケアの争論に一定の成果が表れてきたと考えられる。

この頃の患者のスピリチュアリティに関しては、伊田広行（2004）、伊藤高章（2005）、玄東和（2005）、窪寺俊之（2008）等の一連の研究がある。これらの研究に共通することは、スピリチュアルケアが扱う患者の宗教性は、宗教的ケアが対象とするものと同じであり、

---

<sup>67</sup>『スピリチュアルケア定義の要件とその方法論の検討』小西達也 武蔵野大学教養教育リサーチセンター紀要7号 2017。がん医療の国際学会 MASCC、2014において一定の定義がでなかったこと、チャプレン関連学会による共同白書についても、ケアの見解に留まっている。

その方法も、患者の尊厳を尊重するという概念に共通項があるとしている。すなわち、双方のケアには、関連性があり厳密には区別できないところがあるとしている。

同時期の仏教者の側からの宗教的ケアに関する研究では、田宮仁(2007)、森田敬史(2010)がある。スピリチュアルケアとの区別についての直接的な言及はないが、患者の宗教性を尊重した関わりと宗教の押し付けをしないことを前提に、祈る場としての仏堂の設置、僧侶におけるケア、患者の安寧を願うための読経は、宗教がケア資源になり得ることを提示している。すなわち、宗教的ケアはスピリチュアルケアの手段であって、対象に接するための概念は同じであるという。まとめると、手段としての宗教的ケアは、スピリチュアルケアに包含されるものであると言えるだろう。

東北大学による臨床宗教師の創設や養成に関わる谷山洋三著『医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア 臨床宗教師の視点から』によると、そのタイトルにあるように、宗教者が行うケアは、スピリチュアルケアであるとしている。それは、現在の宗教的ケアの中心である臨床宗教師が、現代に特徴的である、多様な死生観や帰属なしの宗教性を対象にケアにあたっているためであろう。このように考えると、現在では、概ね、学際的分野では、スピリチュアルケアは、宗教的ケアの上位概念として位置付けて考えているといえる。

このように、特定の宗教からの帰属離れは、日本に限らず、宗教的であると考えられてきたアメリカにおいても顕著に見られる徴候であるという。金子暁監修(2011: 63)によると、現代、特定の教会に所属している人は半数<sup>68</sup>であり、人々の宗教性は、宗教から分離された「教会抜きのスピリチュアリティ」<sup>69</sup>となっているという。

このことは、1990年代の長岡西病院の開設から2000年代のあそかビハラー病院開設までも普及してきた現在の日本型宗教的ケアも、キリスト教圏でも同様「宗教無きスピリチュアルケア」が主流となっていると言えよう。

## 第2節 心のケアに対する心理的な視点

帰属なしの信仰を持つ一例に、終末期の患者からの「私も、もうすぐお父さんの所に行くのですね」という発言がある。患者が、想定している場所は、宗教的物語である天国や浄土というものではなく、漠然とした「お父さんのいるところ」に、自分も行くとい

---

<sup>68</sup> 第3章「宗教とスピリチュアリティ」において、Finke&Stark(1992); Roof(1999)のアメリカにおける信仰の実情からの引用で、宗教教団への所属意識の低下と信仰について述べている。

<sup>69</sup> 『宗教心理学概論』第3章「宗教とスピリチュアリティ」の中で高橋正美は「宗教的ではないがスピリチュアルである」という社会的な宗教離れにある現状をFuller(2001)の本題(『*Spiritual, But Not Religious*』)から引用して表現した。Fuller(2001: 5)は、これまでの宗教に基づいた価値観をrejects(拒絶)したものが受け入れられつつあるとしている。

う意味である。これは、厳密な宗教的信仰によるものではなく、患者の持つ個人的な宗教性（スピリチュアリティ）によるものだと言えよう。これと関連して、お迎え現象を話すことや、一時的な意識喪失後に回復し「お花畑にいた」と話す患者もいる。これも、宗教のお迎えではなく、亡くなった親しい人が呼んでいるなどの世俗的な言説であり、お花畑も、浄土的のそれではなく、現世的なお花畑だったということも多い。

このような宗教性は、患者のスピリチュアリティの顕現であり、患者の死に臨む思いとして、医療従事者が傾聴することで患者のケアになる。一方、宗教者の行うケアは、**Spiritual, But Not Religious**、というように、信仰と宗教者を分離することは重要なことであるが、布教として疑われることがないように配慮すれば、宗教者が依拠する宗派に関連して話をするとは、看護師とは違った傾聴となるはずである。しかし、多くの宗教者は、自分の宗教に依拠した話をするときは、慎重になっていると言い、「患者に求められた」時に限るという前提が多い。しかし、患者にとって、宗教者が話す宗教的な物語は、救いに繋がることも多いため、傾聴に留まらない有用なケアであるといえる。これは、宗教者しか行えないスピリチュアルケアである。

医療におけるケアとは、患者の入院生活を通して、心身の状態をアセスメントし、治癒や回復に向けた計画に沿って実施するものである。この一連の医療行為は、ケアが終了した時だけではなく、随時、適切であるかを客観的に評価することが必要とされる。そして、この「評価」が医療にとって最も重要なものとなる。それは、科学的な方法で行ったケアが、「症状が治まった」「退院できた」という帰結に繋がったかどうかであり、その評価次第で、病院の診療報酬にも関わるからである。同様に、医療の管理下で行った、患者に対するスピリチュアルケアの場合も、本来評価を行う必要がある。しかし、スピリチュアルケアの評価は、症状が収まった、退院できたといった客観的な事実に基づくことは難しい。例えば、スピリチュアルケアによって「患者の笑顔が増えた」や「積極的にリハビリをしている」といったものが挙げられる。これらは、看護師らの主観的な評価の域を超えないため、ケアの評価としては不十分となる。

現在は、医療機関に心のケアを行う職種の基準や配置義務がないため、心理師（士）や宗教者は、寡少な存在であり、その雇用についても非常勤という配置に留まっている。そのためか、これらの職種による評価の是非を論じるにも至っていない。しかし、スピリチュアルケアの担い手である宗教者が、専門職として立脚するならば、医療従事者の行動計画である POS と同様に、自身のケア行為を評価するという視点が求められることになる。これにより、宗教的ケア行為が、評価に適するかどうかという問題が生じるが、それは今後の検討課題といえよう。

藤本（2009）<sup>70</sup>は『医療現場における「スピリチュアリティ」』の調査で、臨床の看護師

---

<sup>70</sup> 緩和ケア病棟、一般病棟の看護師へアンケートを行った。複数回答可であり、結果、心のケアの適任者として、医師 18（人）、看護師 19、心理士 18、宗教者 13、介護者 13、家族・ケアワーカー<sup>2</sup>であった。

らを対象に「スピリチュアルケアはだれがすべきか」というアンケートを行っている。この結果、医師、看護師が行うべきであるという回答の割合が多かった。これは、病院で、患者の心も含めてトータルに見るべきであるという従来からの看護観によるものであらうと思われる。医療専門職以外では、心理士に次いで、宗教者の割合が高かった。これには、二つのことが考えられ、一つは、医療従事者が、患者のスピリチュアリティをケアする職種には、心理師（士）が妥当であると考えているということである。これは、心理士が専門教育体系を持ち、科学的方法を有していると考えられていることが背景にあると言えよう。そして、医療従事者が、患者に対する心のケアの方法に、心理分析を応用していることも背景にあると思われる。しかし、心理士に患者の心理分析以上に‘ケア’という視点があるかという疑問は残る。

二つ目には、第3章で述べた「医療において宗教的ケアが不採用」となる5つの背景が要因であると考えられる。これには、宗教者が医療において発揮できる専門性が明確でないという点が大きい。例えば、患者から「生命に関する根源的な問い」を受けた場合、院内のケアの人材に、心理士と宗教者のいずれも在籍しているときは、医師を含めた看護師らの判断で、いずれかの専門職に患者のケアを依頼する。この段階で、看護師らが、宗教的ケアの専門性に関して認識が乏しければ、患者の訴えは、心理職の一任となる可能性がある。しかし、患者にとっては、スピリチュアルケアを行う職種が、心理職の一任になることが適切であるとは言えないのである。第3章のあそかビハーラ病院の看護師に対するインタビューの結果では、あの世に連なる話に付き合っ欲しいと言う看護師からの要望にもあるように、終末期では特に、死に対する会話に応じることがケアの重要な課題となる。また、終末期では「患者の‘今’という時に、ずっといける人」が「死ぬことの怖さを汲んで」あげること、そして「死ぬときは誰かが待っていてくれる」ということを教えてあげて欲しいということからも、臨床では、患者と共に時間を共有することケアが必要なのである。そのため、心理士だけの配置では対応が難しいため、宗教者の配置も不可欠であるといえる。

また、終末期での患者は、目前に迫った死を前に、これまでの信念や価値を再編成するという高次の作業を行っている。誰しも持つとされる死への恐怖については、脇本（2012）が、心の平穏を保つ文化的な緩衝装置として、文化的世界観、自尊心、他者との関係性をあげている。具体的に言うと、文化的世界観とは、人はどこからきて、どこへ向かうのか知っていれば、落ち着いて身に起こっていることについて考えることができるというものである。つまり、あそかビハーラの看護師らが示した「誰かが待っていてくれる」という行き先の話である。そして、自尊心とは、死に関連した自分の意思、例えば、死後は散骨して欲しい等の希望が尊重されることを指す。他者との関係性とは、単なる便宜上の関係に留まらない個人的な関わりの中で、迎える死のことである。これも、あそかの看護師が、宗教者に、可能な限り患者の傍に、とにかくいてくれること、患者を孤独にさせないことを望んでいたものである。すなわち、これは、スピリチュアルケアにおける最も基本的な

姿勢である関係性の構築であり、関係性の中での死を作り上げて欲しいというあそかの看護師らの要請と一致している。患者ごとに違う、この文化的緩衝装置に対するニーズを理解していくことは、スピリチュアルケアに携わる職種への臨床の看護師からの願いでもあり、心理化する心のケアの潮流とは違うものである。特に、文化的世界観に関するケアが、宗教者によってケアされるのが望ましいと言えるのは、状況によって一変するような流動的な現世的価値観とは違い、確固たる基盤にある宗教的価値は、死についての不安を軽減できると考えられるからだ。

以上の検討から、スピリチュアルケアの提供には、心理職と宗教者を含めたスピリチュアルケアの専門家の同時配置が理想であるといえる。この理由には、心理職は、治療という側面の役割では有用であり、スピリチュアルケアは、患者の信念や尊厳を支えると言う役割では不可欠な存在だからである。

アカデミックな領域では、宗教的ケアとスピリチュアルケアについて、異質か同質かという議論もあるが、本研究の立場としては、スピリチュアルは宗教の上位概念であり、対人援助において、心理学を応用したものが心理士となり、宗教を応用したものが宗教者による宗教的ケアだと言える。すなわち、この両者のケアは、**Spiritual, but not Religious** という区別ではなく、むしろ、**Spiritual and also Religious** と位置付けるべきである。そのうえで、宗教的ケアは、心理職によって心理化する心のケアの動向とは異なったやり方で、その独自性と自律性を保持していくことが必要となるのである。

### 第3節 「臨床宗教師」としてのスピリチュアルケア

第2章で述べたように、2012年に、東北大学で開講された臨床宗教師養成講座の契機になったのは、宮城県の岡部医院の岡部健医師<sup>71</sup>の診療経験に基づいた提言と言えよう。岡部は、医療現場には、「日本人の宗教性にふさわしい日本型チャプレンのような宗教者」が必要であり、死にゆく人が「暗闇に降りていく（際の）道しるべ」となれるよう述べたことによるものであった。従来、宗教は、浄土や天国など、死後の行き先を提示し、その道筋を宗教者が教え導くことで、人々の死に対する不安を和らげる機能を果たしてきた。しかし、現代は、特定の宗教に帰属しない多様な死生観や思想を持った人々が、死後の行き先が未定である‘暗闇’に向かう状態となっている。しかし、そのような現代の多様な死生観などの思想も含めたものが、現在における「日本人の宗教性」であり、このような人々をケアする目的として、日本型チャプレンである臨床宗教師を創設するに至ったといえる。

一方、臨床宗教師創設以前の長岡西病院や、あそかビハラー病院においても、日本的な看取りとして、仏教を活用した日本型チャプレンを目的としてのビハラー僧を創出してきている。ケア方法は、臨床宗教師と同様、布教はせず、患者の宗教性に寄り添う活動を続

---

<sup>71</sup> 宮城県仙台市青葉区の在宅緩和ケアの専門機関である岡部医院の開設者。2012年亡くなる。



けてきている。にもかかわらず、新たな宗教的ケアの発案として、臨床宗教師が創設されたのは、あらゆる宗教による宗教者を統合することで、日本型の普遍的な宗教的ケアを目指し、広く公共の場で活動するためであろう。そのために、ビハラー僧とは違って、宗教者の信仰を個人化（interfaith）することで、同じ理念でケアに望めるよう、ケアに当たる宗教者資格の標準化が図られたわけである。

本来、宗教者とは、帰属する宗教の教義に立脚した立場にある。したがって、宗教者の死に対する価値観は、教義から導かれたものであり、宗教者の話す宗教的言語には公共性はない。そのため、普遍的な臨床宗教師として再編成するには、宗教者の信仰を公共に調和するような作業が必要となってくる。臨床宗教師は、活動を公共の場に想定しているため、その再編成教育には公共的な東北大学が担うことで、普遍的な宗教者を創出することを目指したのである。大学で、宗教者の再編成教育を行う意義は、普遍的教育体系により、医療従事者と同じような再現性のあるケアを提供できるということにある。このことは、宗教者の活動の場が、帰属する宗教における文化領域から、医療と宗教という異なる文化領域のコンタクトゾーン（接点）に転じたものだといえる。

2018年現在では、東北大学と連携して講座を実施する7大学<sup>72</sup>等により、一般社団法人「日本臨床宗教師会」が構成され、養成を修了した宗教者に「臨床宗教師」として資格認定<sup>73</sup>している。このように、2012年の東北大学での構想からわずか6年の間に、提携大学を確保し、資格化へと発展できたことは、宗教者が一般社会に参与する大きな弾みとなったと言える。しかし、この標準化の作業によって、宗教者のケアが、これまでの宗教的ケアとは一線を画して、よりスピリチュアルケアに近づいたものになったと言えるだろう。すなわち、臨床宗教師とは、宗教性を生かしたスピリチュアルケアを本質とし、宗教的ケアという狭義の概念にとらわれないケアを構築したと言える。このような標準的なケア方法の獲得は、医療者によって支持されやすく、今後の病院への配置に期待が持てるものである。

現在、この臨床宗教師養成講座の受講者は、基本的に宗教者に限定されており、それ以外の人については、日本スピリチュアルケア学会によって、スピリチュアルケア師として認定されている。臨床宗教師とスピリチュアルケア師の両者に共通する概念は、ケア対象者の信念や尊厳とされるスピリチュアリティをケアすることである。しかしながら、スピリチュアルケア師は、宗教者でないため、臨床宗教師の方がスピリチュアルケアを行うにあたり、より複眼的に活動できるのではないかと考える。

本来の宗教者は、救いとして、聖なるもの（神や仏等）を想定して、門信徒を教え導く文化領域にいる。しかし、臨床宗教師は、門信徒ではない患者に対し、死に関連した悲嘆を聖なるものを想定しないでケアをする文化領域で活動を行っている。このため、臨床宗

---

<sup>72</sup> 東北大学とカリキュラムを連携して取り組んでいる大学として、龍谷大学、鶴見大学、高野山大学、武蔵野大学、種智院大学、愛知学院大学、大正大学がHPで挙げられている。

<sup>73</sup> 日本臨床宗教師会による2018年の第1回認定臨床宗教師数は146名。

教師は、医療と宗教という二つの文化領域の接地面で、双方の文化を融合させた、複雑性が高く、難易度の高い活動を行っているといえる。

医療と宗教のコンタクトゾーンでケアをする臨床宗教師について、まとめると以下になる。(表 4)

表 4 医療と宗教のコンタクトゾーンにおける臨床宗教師

主体	医師	医療における 臨床宗教師	牧師	僧侶
場所	病院	病院	教会	寺院
聖なるもの	想定なし	想定なし	神(イエス)	仏(阿弥陀様など)
対象	患者	患者	信徒	信徒
問題	病気	病気 生死	生死	生死

- ① 臨床宗教師における「超宗教」という概念は、宗教を普遍化し規格化したものである。
- ② 宗教者のフィールドは「医療」の周縁にある死に関する領域である。  
\*「医療」の概念の再構築。
- ③ 医療とのコンタクトゾーンにおける宗教的实践は、病院死における新たな日本的看取りの文化変容を構築している。
- ④ 医療と宗教という異なる文化領域での翻訳者としての役割（インターフェイス・セラピスト）概念を担う。
- ⑤ 医療における新たな「終末期」像の概念構築

スピリチュアルケアは、明確な定義を持たないまま、現在に至っているが、その理由に、主な活動の場である医療において、宗教的ケアとの整理がついていなかったことが一つの要因であろう。しかし、臨床宗教師は、スピリチュアルケアと宗教的ケアの整理を待つことなく、双方のケアの統合を行い、医療との接地面（コンタクトゾーン）でケアを始めたのである。このケア活動は、コンタクトゾーンという領域において、医療における新たな終末期像や、日本的看取り文化の構築を形成していくことになるであろう。そして、今後の活動範囲は、接地面から発展し、宗教者が中心となる文化領域の形成へと繋がる可能性があるといえる。

一方で、スピリチュアルケア師に代表されるように、精神療法という治療的側面のある精神的ケアと画した方法で、発展してきたスピリチュアルケアは、医療における科学的な方法になじむよう、心理職の普遍的教育体系である心理学的な方法と視点を取り入れ、心

理化の歩みを進めている。そして、臨床宗教師同様、新たな領域の形成を行っている。

このように、患者の心のケアを行うのに、臨床宗教師やスピリチュアルケア師が医療の枠組みに組み込まれることなく、自律した形で文化領域を形成することは、患者にとって選択肢が増えることになり、望ましいことである。

しかし、一般の医療従事者が、心のケア領域のこのような新たな取り組みに、関心を寄せることは少なく、一部の関心のある医療従事者によって認識されるに留まっている。そして、医療従事者の考える心のケアは、相変わらず、心＝心理という解釈で、心理職一択の状況を作り出している。このような一択状況は、患者の望むスピリチュアルケアではないため、医療従事者側の意識変容が求められるものである。

次章では、心のケアをめぐる今後の医療の動向を踏まえた、宗教的ケアのあり方について言及していきたい。

## 第5章 心のケアをめぐる医療・福祉の方向と宗教的ケアの展望

### 第1節 医療職としての公認心理師—宗教者の位置づけへの課題として

入院患者の身体症状の訴えは、通常、看護師が窓口となって対応し、緊急の場合や医師の対応が望ましいと判断された時は、医師に報告される。また、「こんなに痛いなら死んだほうがましだ」などの身体症状に関連した訴えも、医療的に痛みの緩和を図ることで、改善される見込みがあるため、医師が対処することもある。身体症状を伴わない塞ぎこみや、落ち込みなどの‘気分’に関して同様である。しかし、患者からの明らかな訴えが無い場合も、精神的に病的な症状が認められることや、自殺企図などの緊急性が推察された場合は、専門医である精神科医師による診察も考慮されることもある。

緊急性がなく病的な心理ではないと認められた‘気分’については、看護師によるケアとして、傾聴や寄り添いがケアとして行われる。医療機関によっては、臨床心理士が専門職として対応することもあるが、臨床心理士の活動の場の多くは、緩和ケア病棟や、精神科病棟であり、一般病棟では臨床心理士の配置基準や義務がないため、配置している病院はほとんどなく、心のケアは、概ね看護師が行っている。

『第7回 臨床心理士の動向調査 報告書』(2016年)<sup>74</sup>によると、臨床心理士が最も多く勤務している機関は、「病院・診療所」であるという。病棟種別は不明だが、その活動の場は34.6%を占めている。臨床心理士は、文部科学省の認可による資格であり、厚生労働省からの国家資格である医療専門職とは異なるが、心に関するケアの専門職として、医療従事者から認められて活動している実態が、この割合として表れているといえる。しかし、地域の一般病院で長く勤務してきた筆者は、病棟に配置基準がないためか、臨床心理士と協働する機会はなく、臨床心理士の業務内容やケアの方法については知るすべもなかった。この事情は、一般病院で働く看護師らについても同様であろう。

臨床心理士法によると臨床心理士の中心業務は以下のようになっている。

- 1、臨床心理学的面接
- 2、アセスメント

---

<sup>74</sup> 一般社団法人 日本臨床心理師会 2016。臨床心理の実態調査。3年もしくは4年に1度、全会員に調査を行っている。目的として、活動の社会的説明責任、社会的な認知、今後のあり方を挙げている。調査対象は2015年会員登録している19533人。回収率は52.8%。臨床心理師会への登録率は69.9%である。

### 3、地域援助

### 4、臨床心理学的研究

臨床心理士法による臨床心理士の業務の中で特徴的なのは、臨床を研究対象としているところである。医療でも臨床の場を医学の研究として研究対象にし、その結果を医療実践に還元している。臨床心理士も同様に、研究的視点を重視しているが、このことは、臨床の多くの医療従事者には知られていないことであろう。また、「地域」を援助の対象にしているところは、医療機関という枠組みの中だけで患者を援助やケアの対象にしている医療専門職と大きく違う点である。このように、臨床心理士と医療従事者は、支援や援助対象に違いがあるが、資格取得では、医療従事者と同様である。専門職として、普遍的な教育体系を持ち、科学的で再現性のある方法によって患者を援助することは、医療従事者と一致している。そのため、医療に親和性があるとみなされ、患者の心的状態を判断し、ケアすることが可能な専門職として、医療現場の採用に繋がっているといえる。

厚生労働省から資格を「業務独占」として認可されている医療者は、専門家集団として、それぞれに細分化された職種の業務範囲を経験しつつ学習してきている。しかし、厚生労働省の管轄外の臨床心理士では、病院において常勤採用が寡少な現状から、医療従事者と直接的な関わりも少なく、活動の活動内容は、よく知られていないのが現状である。

臨床心理士の就業状態に関する統計『第 7 回 臨床心理士の動向調査 報告書』（2016 年）の「勤務機関での採用条件」では、資格あり、プラス業務実績が 31.4%、資格のみ 34.9% と合わせても 66.3% であった。これは、業務実績を有する方が、就業に有利ということが示唆されているもので、それは医療でも同様である。しかし、臨床心理士に経験年数や業務実績が有利であるとはいえ、病院での雇用は稀なため、臨床心理士が、医療現場で実績を積むことは実質難しい。また、統計結果から、医療を含めた全般的な雇用には心理学の履修者というだけでは不十分で、半数以上に資格が求められていることから、就職の大半では、資格ありが前提条件になっている。これは、医療における心のケア専任者の雇用でも同様である。すなわち、患者に対する心のケアの専門職に、心理職を想定した場合、心理学を履修した上で、臨床心理士の資格を取得していることが雇用の優先条件となっていることがほとんどだろう。

実際、病院が雇用した臨床心理士は、医師を頂点とした医療のヒエラルキーに入ることになるが、看護師の業務と違って、医師の指示が、具体的に細部まで及ぶことはない。医師の指示に基づいた看護師の行為は医師の治療行為の一環であるため、ケアの具体的な方法にまで医師の指示が及ぶが、文部科学省の資格である臨床心理士は、病院の管理下でも具体的な方法にまで医療が介入することは稀である。このため、臨床心理士は、業務報告や評価を自律的に行うことが形式上は可能となる。

臨床心理士の自律的な業務の一つに臨床心理学的面接がある。この面談は、臨床心理士が、院内の個室で個別に行なっているものである。看護師が、患者の情報収集の一つとし

て、立ち会うことも可能だが、多忙な看護師が立ち会うことはあまりない。このような、個別的環境での面談のため、医療従事者は、結果報告や評価というデータを受けるに留まり、具体的な実践内容を目にすることは少ない。このため、臨床心理士の実際の業務は、医療従事者には、あまり知られていないのが現状であろう。臨床心理士から提供を受けたデータは、医療従事者からは情報の補完となり、治療方針やケアの指針になる。また、臨床心理士の専門性は、患者の状況のアセスメントだけでなく、患者に心理療法を行うこともある。しかし、臨床心理士の視点は「療法」であるため、治療ベースであるといえ、看護師などのケアの視点とは違って見える。つまり、心のケアに関しては、看護学を応用してケアを行う看護師や、傾聴を中心とした寄り添いを行う臨床宗教師らとは、本質が違うものであると言える。そのため、臨床での心のケアの充実には、臨床心理士による視点である、患者の心の状態を科学的に判断し、ケアへ繋げることができる専門性と、看護師や臨床宗教師によるケアの実践という専門性の連携が、患者にとって望ましいケアのあり方となろう。しかし、実際には、一般病棟に配置義務はないため、臨床心理士の常駐配置は、臨床宗教師と同様、難しい現状である。

病院が、臨床心理士を積極的に配置しない背景の一つに、一般の医療機関の収入となる診療報酬に規定がないことが挙げられる。『第7回 臨床心理士の動向調査 報告書』(2016年)によると、『臨床心理士による患者への面接料金は無料が 49.4%』『医師の保険診療料に含まれる 16.4%』『自費(有料) 18.1%』であるという。このデータは、面談が無料の場合、その業務が高い専門性を有しながらも、病院は、診療報酬の観点からも、雇用が難しくなることを示している。そのため、臨床心理士を雇用する場合、非常勤の病院職員(肩書として事務職員、クランク、ケースワーカー等)としての雇用になりやすく、一般診療の枠内では、臨床心理士の地位は不安定なものと言える。しかし、統計によると、保険診療として扱っている医療機関もある。そこでは、臨床心理士の面談は、医師の診療の補助とみなしているため、臨床心理士の業務自体が診療報酬に換算されていないということになる。これは、現在の一般病院における診療報酬制度が、心のケアの報酬を十分評価していないことを表しており、ひいては、臨床における心のケアの充実を妨げることになっている。

しかし、あそかの事例で示されたように、死生の臨床には、専門の職種の支援が必要で、臨床心理士、臨床宗教師らとの協働は不可欠なものである。にもかかわらず、現状、配置の義務や常駐配置への議論は、現状では進んでいない。つまり、現行の診療報酬制度が、臨床心理士、臨床宗教師らに対して、雇用や職位の保障をしていない状態にしているといえる。そこで、常駐や雇用の安定を図ることで、臨床の心のケアの充実に寄与するべく、臨床に特化した心理系専門職として、公認心理師<sup>75</sup>を創設がされることになった。これは、これまでの臨床心理士の面談から一歩進んで、臨床から強い期待のあった「相談」業務を付帯した国家資格となっている。なお、公認心理師と臨床心理士では、業務領域における

<sup>75</sup> 厚労省により、2017年9月15日公認心理師法施行、第1回試験平成30年9月9日。

明確な違いはなく、医療・教育・福祉・司法等の複数領域のいずれでも活動できる資格だが、双方に業務の独占はない。特に臨床に強いという側面を強調したものが公認心理師となるであろう。両者の明確な違いとしては、名称にあり、臨床心理士は「士業」、公認心理師は「師業」と表されて区別されている。

名称における「師」と「士」の区別だが、医療では、看護師、保健師、理学療法士等、師業と士業が混在する。そして、医療分野では、それぞれの職種に、業務独占や名称独占がある。業務独占の例としては、診断業務は医師以外認められず、医師の業務独占である。同時に、医師の資格を有する者以外は医師の名称を用いることができないため、名称独占でもある。理学療法士は、業務の専門性が高いが、作業療法士の行う行為も同じ「リハビリ」であるとされ、業務独占ではないが、その業を行う専門職として名称独占になる。

師と士の区別に関して、西澤(2014)は、『師の付く職業は技術を有する専門家であることを表しており、接尾辞としての師は奈良・平安時代から使用されてきた歴史的な職業名表記』であるとし、士は、『士は明治時代になって西洋の制度を導入するようになってから使われ始めた職業名表記である。当初は技術的な職業以外に用いられていたが、その後、職業の性質及びその成立時期を問わず、専門的な性質の職業を表す共通の接尾辞として使用されている』としている。要するに、師は専門的「技術」を有し、士は専門的「性質」を持つ職種として区別されるということである。しかし、理学療法士のように、技術は専門職的であるのに、名称では「師」ではなく、「士」である。そのため、実際の区別には、明確な基準はないともいえる。

公認心理師の創設では、専門的「性質」である臨床心理士から、相談業務という専門的「技術」を有する公認心理師とさせるため、名称を「師」に変更したと考えられる。

公認心理師法によると公認心理師の中心業務は以下のようになっている。

- 1、アセスメント（観察・分析）
- 2、対象者に向けた面接（相談及び助言）
- 3、関係者への面接
- 4、心の健康に関する教育・情報提供活動

公認心理師法に明記されている「関係者への面接」を行うことは、アセスメントにあたり、対象者の周囲の人間関係や環境も重要な要素になるため、現状に沿った現実的な支援や助言が可能になる。特に、入院中の患者を対象にした相談業務の場合、患者本人を支える家族の面接も不可欠である。

入院中の、特に終末期の患者家族は、患者を支える気持ちが強いあまり、病院や医療従事者に対して、希望と実際の行き違いからの不満などが募りやすい。その結果、患者の療養に影響を与えることも多かった。同様に、余命が短いとされた患者が、家族の来院や面会を希望しても、家族側の事情により実現せず、患者の療養に影響を与えることもみても

た。そのため、臨床に即した援助業務を行うには、対象者を含めた家族などの環境も考慮することが重要であり、公認心理師の業務範囲に、関係者を含めたことは医療にとっても有用なこととなった。また、医療の臨床に限ると、対象者への相談・助言が付記されたことで、これまでの臨床心理士の業務であるアセスメントからさらに進んだ、対象への直接的援助として相談業務と助言ができるようになった。このことは、患者に対する心のケアのさらなる充実が期待できるものである。

このように、公認心理師の業務は臨床を前提としているが、これまでの文科省管轄の臨床心理士と同じでは、業務範囲は拡張できない。そのため、厚労省の管轄である医療での活動には、厚労省からの国家資格であることが、望ましいと考えられたのではないだろうか。これにより、心理学系を管轄する文部科学省に、医療分野を管轄する厚生労働省も加わったことで、心理学系初の国家資格を創設に繋がったといえる。これにより、公認心理医療における役割や職位<sup>76</sup>が明確となるため、今後の病院での常勤配置に弾みがつく可能性がある。今後は、常勤配置のために、診療報酬制度の中で配置基準<sup>77</sup>を得ることが課題となるが、現在は、緩和ケアの領域に限定されて、常駐配置が整備されつつある。厚生労働省は「地域がん診療連携拠点病院」の設置を推進しているが、この拠点病院の指定要件に、人的要件として、「医療心理に携わる者」の配置をあげている。このような「医療心理」に携わる職種には、臨床で活動できる「心理職」が想定されているため、公認心理師は、今後、この領域において安定的な雇用が見込まれるであろう。

以上、心理職の医療専門職として成立過程は、医療における臨床宗教師の安定的な地位の確保という観点では、多くの示唆に富んでおり、今後の常駐配置の可能性には、2つの条件を要するものと考えた。

- 1、臨床を意識した専門職性が明示されること
- 2、厚生労働者が認可する資格と同等とみなされるような資格を要すること

上記第1項の宗教者が、医療の臨床で示す専門職性として望ましいことは、第3章で明らかにした通りである。すなわち、終末期の患者特有の心の‘揺らぎ’は、あの世’など

---

<sup>76</sup> 『公認心理師の行う支援行為は、診療の補助の含む医行為にはあたらないが』との前提で、公認心理師法第42条第2項では、業務を行う際は要支援者に主治医がある場合、その指示を受けなければならないとしている。これにより、病院などでは、看護師同様、医師の指示にてその業務を行うことができ、医療組織の中での位置づけが明確になった。しかし、看護師における診療の補助業務とは違い、「診療の補助にはあたらない」としていることから、厚労省・文科省、医療組織が心理士の行う面談の扱い方に今後注視したい。

<sup>77</sup> 『第7回 臨床心理士の動向調査 報告書』一般社団法人 日本臨床心理師会 2016によると、臨床心理士の勤務日数は(3)現在の勤務状況⑤機関別に見た平均勤務日数では、病院・診療所は3.3日である。最も多いのは警察関係機関で4.2日であった。このことから常勤配置ではない勤務状況であるといえる。



の個別性の高い死生観に関する対話や、生活者の視点から患者に寄り添う態度が要請されるが、医療従事者が担うには限界があり、宗教者など、医療従事者以外の担い手が必要であるとした。例えば、宗教者が、看護師の寄り添いや心理職の相談との差異化を図ることが、宗教者としての専門職性の提示とすることができるだろう。心理職域での公認心理師の成立過程で、その専門職性を臨床向きに特化したことが、活動の幅を広げるに至ったように、臨床宗教師を初め、宗教者が医療現場で活動するには、医療に適うことが専門職性の重要な条件の一つとなる。その専門職性については、あそかの看護師に対するインタビュー調査で示された通り、宗教者が行うケアの意義や、医療者が要請するケアの内容として示されている。

上記、第 2 項に関しては、厚労省が管轄する医療で活動していくには、心理職のような資格化の過程をたどることや、宗教者のケアが診療報酬に算入されるような働きかけが必要となろう。現在、臨床宗教師に関しては、教育機関での標準化したカリキュラムの構築や、臨床宗教師会からの資格の授与など、専門性の提示に向けた努力がなされている。しかし、医療では、厚労省承認の資格による職種のみで構成されているため、臨床宗教師が、医療における資格になることは難しいことになる。あそかの看護師らが感じとったように、終末期の患者の求めている「臨床」の姿は、医療の有資格者が行うケアでは不十分であり、心のケアの資格化やあり方には、こうした多くの検討課題があると言える。

## 第 2 節 宗教的ケアの新たな地平

### 1) EPA 看護師・介護士との連携—多文化共生ケアと宗教的ケア

日本では、今後さらに進む少子高齢に伴う労働人口の減少が懸念されているが、看護・介護の臨床においても例外ではなく、今後も人材不足状態が続き、その確保は大きな課題となっていくであろう。そのような日本の労働問題を背景としながら、2008 年、日本—インドネシア間の経済連携協定（EPA：Economic Partnership Agreement）が締結されている。この経済連携協定では、物流には留まらない幅広い分野の経済連携として「人の移動」が含まれている。つまり、各領域における人的交流であり、研修生として両国の産業に発展をもたらすものであるとしている。この制度では、現在、医療・福祉系の領域においても、人材の受け入れが可能になっている。

この人的交流には『相手国からの強い要望に基づき交渉した結果、経済活動の連携の強化という観点から』<sup>78</sup>という了解事項が背景にあり、医療・福祉領域でも、外国人看護師・介護士の受け入れが始まったのである。この事業は、経済産業省が先導する形で、資格試験や滞在条件等について、関連各所と調整が図られてきた。その後、インドネシアに続いて、2009 年には、フィリピン、2014 年には、ベトナムと EPA を締結し、外国人看護師・

---

<sup>78</sup> 厚生労働省 HP「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士受け入れについて」

介護士の受け入れがなされてきた。

これら外国人看護師らの受け入れは、相手国の医療水準の向上と看護技術の習得が目的であり、安易な労働力確保の観点ではないとしても、日本における看護師不足という問題に、貢献としているという側面もある。日本においては、医療・福祉系の人材不足に関して、看護職員の復職支援の強化<sup>79</sup>、勤務環境の改善を通じた定着・離職防止<sup>80</sup>、社会人経験者の看護職への取り込み促進<sup>81</sup>などの政策を通じて、看護職員の確保をめざしているが、慢性的な看護師不足の状態にある。国内の医療業界の事情を見ると、このような、外国人看護師・介護士（以下 EPA 看護師・介護士）の研修のための労働は、安易な人材の確保に繋がるとの危惧が各方面で論じられたが、結果的には、特に地方の病院などの人材確保という問題に、EPA 看護師は貢献していることになる。このように、EPA 看護師の受け入れは、研修のための一方的な受け入れではなく、日本の臨床にも寄与する互酬的な人的交流であるといえる。

現在、EPA 看護師・介護士の受け入れは、国際厚生事業団（JICWELS : Japan International Corporation of Welfare Services）が行っており、国内における唯一の受け入れ調整機関となっている。受け入れの手順は、出身国での資格取得後 2 年および 3 年以上の経験を有した者が、日本における看護師・介護士候補生として来日し、日本語研修を修了後、病院等で研修を受けることになっている。そして、その間の 3 年以内（最高 3 回受験可）で国家試験の合格を目指すことになっている。資格取得後は、在留期間 3 年で勤務するが、更新を希望すれば上限なく更新ができ、永住も可能であるという。介護士は看護学校卒業生あるいは、それに準じた教育機関を卒業し、看護候補生同様、日本語研修、病院研修を経て国家試験を受験するようになっている。

受け入れ開始の 2008 年では、山本（2009 : 262, 263）によると、第 1 回インドネシア人の候補生数は 208 人、続く 2009 年のフィリピン人候補生は、283 人となっている。2017 年までには、インドネシア・フィリピン・ベトナムの 3 か国における候補生の累計受け入れ人数は 4693 人となっており、看護師・准看護師の合格者数は、2009 年から 2018 年までの平均合格率は 10% 前後<sup>82</sup>で推移している。なお、日本人の合格率は通年平均 90% である。この合格率の低さは、日本語の研修がわずか 2.5 か月という短期間であるため、漢字をはじめとした日本語の習得が難しく、国家試験において、難解な看護用語への理解ができないことが背景にあるといえる。また、この低い合格率の推移をみても EPA 看護師の実際の活動は難しく、また、臨床における人材不足での貢献という側面は担えないことになる。

このような現状から、福岡県と福岡県医師会は、外国人看護師候補者資格取得支援事業において、EPA 看護師の資格取得に向けた支援を行っている。具体的には、帰国したイン

---

<sup>79</sup> 「看護師等人材確保促進法 改正」平成 27 年 10 月施行

<sup>80</sup> 「医療法 改正」平成 26 年 10 月施行

<sup>81</sup> 「雇用保険法 改正」平成 26 年 10 月施行

<sup>82</sup> 厚生労働省 医政局看護課 報道発表資料

ドネシア人看護師に向けて、教育支援事業を行い、16名中2名が看護師、5名が准看護師に合格していると公表している。しかしながら、16名ほどの帰国者に向けた、日本語指導などの教育支援事業は、インドネシアの医療水準の向上と看護技術の習得のための支援的側面であるといえ、彼らの日本での就労に繋がらなければ、日本の臨床における人的交流になるとはいえないだろう。

現在、懸念されている慢性的な看護職員不足は、「社会保障・税の一体改革」によって試算されている2025年の看護職員の必要数約200万人の確保の到達することは難しく、関連する政策の推進とともに、EPA看護師・介護士の活動に期待したいところである。村岡(2004)の医療交換の理論によると、医療には、医師と患者間で互酬性の価値があるという。この理論を援用すると、EPA看護師との協働にも、相互性もしくは交換性によって、日本医療の臨床にも供与されるものがあることになる。すなわち、人材確保という貢献以外に期待することとしては、ともに、勤務することで、相手国のケアに対する価値観を学ぶことができるという点を挙げられるだろう。例えば、日本における病院は、医療従事者中心で構築された医療文化を形成しており、多様な視点は持ち合わせてはいない。しかし、信仰や思想に基づいた価値観を持つEPA看護師・介護士が参入することによって、日本の看護師らに、新たなケアの視点を与え、医療風土にも変化をきたす可能性がある。

実際、ケアの姿勢として、彼らの出身国のメンタリティである目上の人に対する敬愛やホスピタリティの高さが評価されており、同僚看護師らにも良い影響を与えているという。後藤(2016)によるEPA看護師出身国の看取り観の調査研究によると、EPA3か国のうち「看取りに関し、最も高い関心を持つのはフィリピン人看護師」であるとし、この背景に「ほとんどがキリスト教徒で、宗教が非常に重要であると考えられていること」が挙げられている。同様に、「インドネシア人看護師の多くはイスラム教徒であり、3割程度もキリスト教の信仰を持つことから、宗教を非常に重要に考えている」とある。つまり、フィリピンやインドネシアのEPA看護師では、信仰が、看取りに少なからず影響を与えており、宗教的な背景のもとで、看取りケアを行う意義を重要視していることがわかる。このような看取りの姿勢は、日本における看取りケアでは、ほとんど見られず、学ぶべきところが多いものである。また、後藤によると、現代のベトナムの宗教に対する価値観を反映した、ベトナムのEPA看護師は「8割が無宗教で宗教は全く重要でない」と考える傾向にあるという。そして、この調査によると、ベトナム人の希望する看取りの場所は、圧倒的に自宅であるという。このような、現代のベトナムの傾向は、日本の状況とよく似ており、文化的慣習の差異があっても、看取り過程の死生観は、特に共有しやすいと思われる。他にもこの調査からは、死生観に関連したもので、3か国のEPA看護師に共通点があるという結果がある。それは、治療方法などの決定には、本人の意思と同様に、家族の意思を重要視するというものであり、家族の意思決定も同等に比重をおくことは、日本とは、やや違いを見せている点でもある。日本では、治療などの意思決定は、基本的に患者にあり、家族の意思は、患者と家族での調整の結果ということになる。

このような、EPA 看護師による死にゆく文化や宗教における異なった見方や慣習は、協働する日本の看護師に対して、現代の多様性のある死生観や価値観を持った患者への理解の促進に繋がると思われる。すなわち、宗教的背景のある EPA 看護師らの実践や協働は、日本の看護師らに対するデス・エデュケーションの機会になると言えるだろう。これは、日本的看取りを追求してきたケア領域において、多文化共生のケアの視点が得られることで、患者の個別性に対するケアにも繋がることになるはずである。さらに、患者家族にとっても、EPA 看護師からのケアによって、死に対する新たな視点が与えられ、救いへと繋がる可能性もある。このように、EPA 看護師との協働は、宗教者や心理職のケアに加えて、患者にとって、また一つ選択肢が増えることになり、さらに充実した心のケアの臨床をもたらすことになろう。今後、このような、心のケアに関する多職種連携のネットワークが機能的に活用されるには、互いの職域に関する相互理解と、ケアに対する総合的で横断的な視点は不可欠である。今後、臨床でケアを行う宗教者も、EPA 看護師と協働する機会が多くなれば、その連携方法も検討する必要性がある。また、EPA 看護師との協働では、彼らの信仰を背景としたケアの視点が、宗教的ケアに新たな視点を与えるものになると考えている。

## 2) AI によるケアの可能性と限界

AI (Artificial Intelligence) という言葉が世界で初めて使われ、人々によって認知されたのは、1956 年のダートマス会議である。人間によってプログラミングされたロジックを用いて解を導くというコンピューターの作業が、人間の‘知能’に匹敵すると評価され、以降 AI の研究は世界中に広まっている。

医療分野でも、1980 年代から、診断の補助としての応用を目指してきた。しかし、診断に必要なデータは AI によって精度の高い結果が得られても、診断に至るには、医師の経験則が関わってくることから、実用に向けてのシステム化が難しいものだった。現在の医療分野での活用は、AI の学習機能 (deep learning) により、画像診断や細胞診において、診断の目安として応用されている。しかし、最終的な判断は、医師の専門性や経験則による診断を要し、活用の多くは、データの処理が中心となっている。

このように、AI が医療の一部で役割を担うのは、画像や血液の分析スピードやそれらの可視化の優位性のためであり、人の感情を分析し、ケアに適用させることは難しいといえる。例えば、看護師の傾聴は、患者が発出した言葉だけでなく、その言葉の意図や背景を推察することや、顔の表情、ボディランゲージなどから感情や心理をくみ取り共感や寄り添いを行っている。この作業は、感情を媒介とした、最も人間的なコミュニケーション行為であり、現時点では、AI が得意とする分析的思考過程のプログラムにはなじみにくいといえる。このような最も‘人間的’な仕事が AI に向かない理由に、波頭 (2018) は、「AI の確率論的な‘最適解’の追求とは相容れないため」としている。具体的に、ケアの場面を想定すると、看護師が、傾聴の途中に、患者の背中をさするなどの行為をしたとする。

それだけでも、患者は、看護師から十分に共感されていると感じ、さらに話そうとするだろう。それは、患者の話すという行為を促進させる要素の分析に、AI による‘最適解’として、背中をさするタイミングという学習は難しいという視点からの指摘である。

つまり、医療や介護での‘人’を対象とした治療やケアで成果を上げるには、患者の表情も重要な情報として治療計画に取り入れることや、実際のケアの場面で、看護師によって背中をさする、手を握る等の行為も重要な要素となってくる。したがって、個別性を伴う最適解を導くには、膨大な看護師の行為や患者の感情を **deep learning** させることが必要であり、AI による置き換えは難しいと言われるゆえんであろう。そのため、AI における‘人’を対象にした活用は、膨大な知見から‘合理的な’選択肢を提示してくれる場面での活用になるため、現段階では、個別性に対応できるとはいえない。

介護分野での AI の活用には、在宅での介護計画であるケアプランの作成に期待されているという。現在、この計画は、ケアマネージャーが、要介護者の状態から最適なケア計画を立案し、在宅生活にそったケアを作成しているが、要介護者が高齢であることもあり、その状態や環境が変わることが多い。このため、ケアマネージャーは、絶え間ない見直しや調整が必要となり、多大な負担になっている。これに新規利用者のケアプランの作成なども加わり、利用者に対応する時間よりも多くの時間が事務作業に割かれている現状である。これを、AI が代替することで、膨大なデータと改善したケアプランを、分析することによって、最適なケアプランを、ケアマネージャーに代わって利用者に提示できることにはなるだろう。

しかし、これにもいくつかの課題があるといえる。一例として、ケアマネージャーによる利用者への面談内容が、AI にデータとして入力される時、患者の話した言葉や生活の現状が、ケアマネージャーの目を通したバイアスで入力されることで、利用者にとっての最適解が提示されるとは限らないということである。また、生活支援と自律に向けた最適解の「目標」のみが、ケアプランに反映されることも課題であろう。それは、AI が利用者のケアを通した、生活における自立を最終目標にケアプランを提示しており、個別性の強い自立後の生活も包括した目標とはなっていない可能性があるからである。具体的には、利用者の清潔の保持を目的とした場合、AI の分析によって、利用者の自立度を考慮した、自宅外の通所介護施設でのシャワー浴や機械浴、介護士の介助による洗髪などがケアとして提示される。しかし、その施設内入浴での男性介護士による介助が恥ずかしいという「感情」があった場合、配慮を要するケアプランが必要になってくる。この配慮を欠かすと、利用者の拒否にもなりかねない。また、シャワー浴では得られない入浴は、さっぱり感や温まったという満足感が得られ、清潔の保持という目的にはない、生きる上での充実感に繋がってくる。このような満足感などは、個別性によるところがあり、AI が備えている標準化プログラムに、ケアマネージャーが、コミュニケーションを取ることで修正をかけていく必要がある。すなわち、あらゆる生活動作の源泉である「感情」がデータのバイアスになるため、AI の分析には常に人間の修正が必要であるといえる。

しかし、現在では、分析の視点ではない、人とのコミュニケーションがとれるよう発展させた、レクリエーション目的のふれあいロボットが医療介護分野で、限定的に活用されており、話しかければ、一定の答えが用意されているという。これは、有名なソフトバンクの「ペッパー」を発展させたもので、ある程度コミュニケーションがとれるとされている。具体的な臨床応用として、介護分野において、富士ソフトによるコミュニケーションロボット「PALRO」が導入されている福祉施設もある。

PALRO は、開発主体である富士ソフトにより、「気がきくって、いわれたい」というキャッチフレーズがつけられている。この‘気’は、心の状態や感情をさすため、人の感情を理解できるロボットをめざしたものだといえるだろう。実際に、PALRO は「会話の中で人の行動や、趣向などを記録し蓄積させることができる」<sup>83</sup>ことから、名前と顔が一致し、対象を認識することが可能になったという。これにより、ロボット特有のデータ化された会話ではなく、患者に対して、名前を呼び掛け、昨日の状態などを案じるなど、個別的な関わりが可能になっている。

また、富士ソフトによると、PALRO は、厚労省の介護予防項目（生活機能低下予防項目）のうちの「うつ病予防・支援や孤独感の解消」にも一定の効果があるという。確かに、患者や利用者にとって、画一化された関わりよりも、個別に対応されることは、孤独感の解消にも繋がるといえる。実際に、導入している横浜の特別養護老人ホームの事例では、「空気を読むこと、気づかいをするところはできないが、本音を引き出すというところはベテラン職員よりもロボットのほうが場合によってうまくいったこともある」<sup>84</sup>としている。これは、ロボットだけでなく、看護師との会話においても同様で、画一的な対応は、患者の身体的情報を得ることはできるが、人の本音を引き出すことはできない。すなわち、これまで述べてきた、一般病棟の標準的な対応しかできない関わりでは、患者と向き合うことができないということと共通しており、患者や利用者の関わりでは「個別性」「時間」というものが重要であるといえるものである。

このように、医療・介護の臨床における AI は、画像診断や、ケアプラン策定のような技術分野中心から、今日では、コミュニケーションの分野において、その活用は拡大されてきている。人への応用に関しても、一定の回答を想定したレクリエーションロボットから発展し、個人を認識しコミュニケーションを取るまでになったが、施設内においては、依然、看護の補助ではなく、レクリエーションの範疇での活用に留まっている。今後も同様に、レクリエーションにおいても、AI ロボットに一任ということではなく、看護におけるコミュニケーションの補助的存在であり続けるものとする。それは、レクリエーションが単なる娯楽的要素でなく、専門職の観察の場になっているからである。レクリエーションは、気

---

<sup>83</sup> <https://palro.jp/>

<sup>84</sup> 国際福祉機器展 HP の「福祉施設の実践事例・詳細」の中で、PALRO を活用した施設の紹介として、利用者と PALRO の交流における医療従事者の感想を述べたものがある。この引用である。

分転換 (relaxation) が最大の目的だが、医療福祉施設の職員にとっては、レクリエーションを通して、患者や利用者の参加者の手足の動きを通した活動レベルや、気分の観察を行うという要素がある。特に、利用者や患者がレクリエーションの場に出てこない時には、要観察の対象として、患者や利用者との直接的コミュニケーションを試みる。これは、「出てこない」ということを、経験則に照らし合わせていることになる。しかし、ロボットでは、患者や利用者が、レクリエーションの場に出てこないことを、プログラミングされていない場合には、欠席と捉えてしまう。このように、レクリエーションの場での利用者や患者の様子についても「何かおかしい」という経験則は、現時点では、人間にしか判断できないとされている。

このようなコミュニケーションの代替に関し、松尾 (2017) は『人間に接するインターフェイスは人間のほうがいい』とし、『人間の相手は人間がすること自体は変わらない』としている。確かに、ロボットは、人間の業務を軽減することができるが、医療福祉分野におけるケアの対象は、人間であり、医療従事者の経験則や患者の感情という不確かな実体を扱うため、ロボットによる完全な代替は難しい分野であるといえる。しかしながら、横浜の事例のように、忙しい医療従事者を前にして、時間に制限なく関わってくれるロボットの個別的な対応は、患者や利用者の本音が引き出せる寄与もあろう。しかし、これらは、患者や利用者が、ロボットの動き(表情を含め)に対して示した反応である。そのため、医療従事者や介護者の役目は、AI ロボットをインターフェイス[接点]として、患者や利用者の本音や心理を理解し、共感すること重要なのである。これを AI ロボットケアと呼ぶとしても、その本質は、患者 (利用者) と医療従事者の関係性の構築にのみ寄与していると言える。

本来、コミュニケーションの能力が高く、時間に制限のないロボットのような存在の人間が、医療や福祉の現場にいれば、患者の本音を引き出すことができるだろう。このことは、横浜の特別養護老人ホームの事例からも言え、患者のそばににいるという、個別的な対応の重要性が示されている。しかしながら、コミュニケーションロボットの医療福祉分野での今後の活用については、専門職らの管理下において、患者の人権を鑑みながら倫理的に活用していく必要がある。

AI によるコミュニケーションロボットが医療福祉分野において、発展的活用が遅れている要因は、コミュニケーションを介した「感情」を扱うためであることは先述した。そのため、本論で論述してきたような、心のケア領域での活用は難しいものの、患者が、明確な「答え」を期待している場合においては、AI の分析データから、その時点での個別な最適解を提示することができ、患者からの肯定的な反応が得られる可能性はある。例えば、患者の「死んだらどうなるのか」という問いにおいて、AI が個別的対応を図りながら、あの世に関するあらゆる宗教に関する膨大な知見を、患者に与え、‘何らかの’救いや安らぎを患者が得た場合、布教を伴わない「臨床宗教師」の役割の一部を、AI が担うことは可能となろう。このように、心のケア領域においても、補助的役割に活用することで、不安

の解消に繋がるのであれば、活用の途があるともいえる。そこで ‘なぜその問いをしたのか’ という意味や ‘問いの背景にある感情’ を、AI は解すことはできないかもしれないが、医療従事者が 傍にいて その問いを発した患者に、その後、寄り添うことは可能となる。このように、AI を装備したコミュニケーションロボットの人に対する活用は、人の管理下で行うことが前提条件となる。それは、倫理的検討なき無制限な臨床での使用は、患者や利用者にとって、その有用性を上回って有害となる恐れもあるからである。

今後迎え得るコミュニケーションロボットの臨床応用への拡大については、倫理的ガイドラインの作成が課題となるが、人を対象とした臨床への導入にあたって、デンマークでは、2007 年に人権的勧告を行っている。この勧告は、今後の日本における活用での倫理的検討の際に参考になろう。この勧告は後に、デンマーク国家生命倫理委員会によって、『ソーシャルロボットに関する勧告』<sup>85</sup>として 2010 年に改定され、その活用に際して、以下 3 つの提起を行っている。

- 1 ソーシャルロボットは、ふれあいを補足するものか、代替するものか
- 2 代替すべき介護作業は何か、それは望ましいことか
- 3 「みせかけ」を使うことはそれだけで、倫理的問題にならないか。ロボットが人の介護に関心を持っている「ふり」をしていることに問題はないか。

上記の第 1 項、2 項は、これまで述べてきたように、ロボットの活用に関して、医療従事者による事例別の検討が必要であるとしている。第 3 項は、例えば、認知症患者の話し相手にすることを想定した場合、認知症の人の中には、ロボットを「人」だと信じて接することもあり、それが認知症患者の尊厳を損なうことになるかどうか、人権の見地から検討すべきということになる。また、第 3 項の「ふり」に関しては、前述のロボットの共感「表現」は、共感の「ふり」、すなわち、共感という「振舞い」をしていると言う風にも解釈ができる。例えば、遠隔地にいる高齢の親の見守りに、ソーシャルロボットを設置することは、子の役割の代替である。つまり、子を見守りをロボットに代えて「見守るような振舞い」をしていることになる。ロボットが常時そばにいて、親密性の感情や安心感を持つと言う利点もあるが、実際は、機械による常時監視を担っており、高齢者の尊厳を損なうと言う側面も指摘できる。そのため、AI ロボットの活用には、事例ごとに、倫理的に妥当かという視点を持ち続けるべきであろう。

山内（2016）の訳によると、デンマーク国家生命倫理委員会は、コミュニケーションロボットの使用にあたって、「人とのふれあいの場面において代替すべきではなく、補足することによって介護者のゆとりをもたらすことができる」という見解を出している。つまり、

---

<sup>85</sup> デンマーク国家生命倫理委員会の声明に関する記述は、全て山内繁氏の訳から引用している。



現状では医療福祉の分野で、業務に AI ロボットを「補足する」ことで、介護者にゆとりが生まれ、患者や利用者との対話の時間が増える利点があることは認めながらも、AI ロボットに患者とコミュニケーションを取らせる場合は、倫理的検討を行い、適正と判断した場合にのみ許容されるものである。つまり、今後の活用には、医療従事者や家族の補助的役割として活用すべきということになる。

宗教的ケアは、主に患者や利用者の感情(内面)を対象にするという特性からも、宗教者からコミュニケーションロボットへのケア移譲や、完全な代替をすることはできないだろう。要は、対人援助である医療従事者の心のケアや宗教者の行う宗教的ケアは、個別性が高いため、AI による代用は現状では、難しいということになる。しかし、宗教者のケアが、過度に医療に順応することで、他の医療従事者と同じような対応になった場合、AI や他職種との代替が可能になる。すなわち、宗教者によるケアが今後も、「人間の方がいい」さらには、「宗教者がいい」という側面を AI 時代においては、より打ち出していかなければならないということが、本節の結論である。

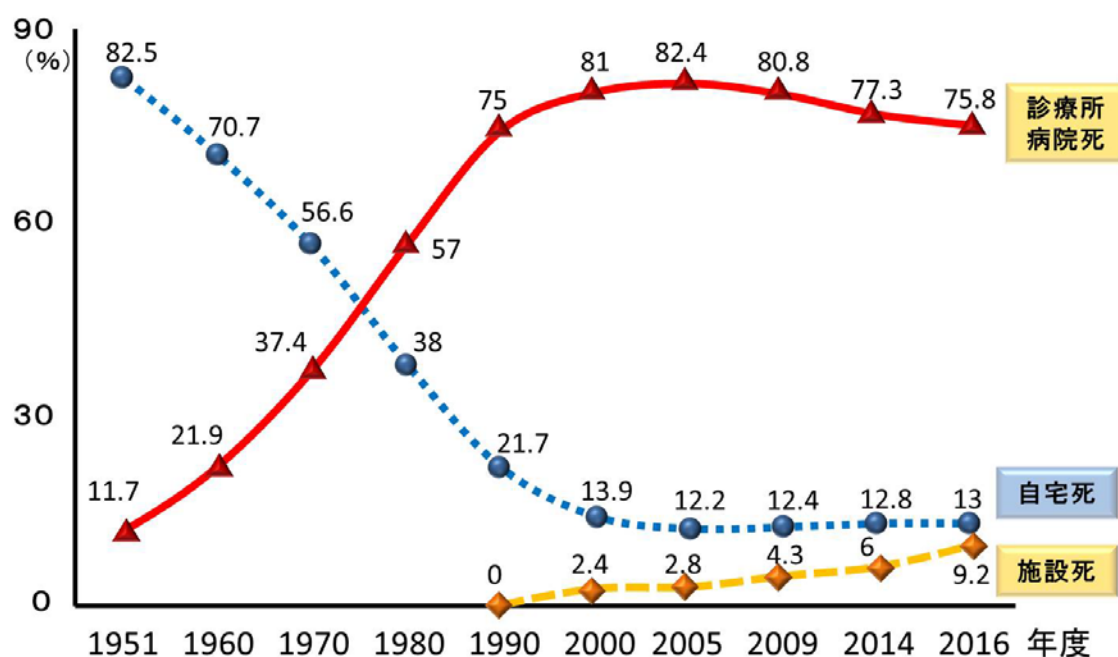
## 第6章 これからの看取りにおける宗教者の位置

### 第1節 地域包括支援システム内での宗教者の位置づけ

社会保障・人口問題研究所<sup>86</sup>によると、日本の将来推計人口の中で、2015年には70歳以上の高齢人口の割合が19%（2410万人）、2055年には32.7%（3237万人）と増加を予想している。総人口は、現在も緩やかな減少傾向にあるが、高齢人口の割合は2060年には33%まで増加し続けると予測されている。その後2065年頃までは32.9%で推移すると予測され、高齢人口の割合は高い割合で保つ傾向にある。

現状、人の死は病院で迎えることが大多数であり、その比率が過半数を超えた1976年以降、現在もその傾向は一貫して変わっていない。厚生労働省の『人口動態統計』2016年では、病院死は2005年より減少に転じているものの依然、75.8%にのぼる。（図6参照）減少に転じている理由は、施設死に移行しているためである。

図6 死亡の場所別に見た割合



ダイヤモンドオンライン <https://diamond.jp/articles/-/143614> より改変

現状の高齢者人口の今後の増加から、これまでの病院死を想定すれば、病床不足の解消

<sup>86</sup><http://www.ipss.go.jp/>

は引き続きの課題となる。そのため、最期の療養の場の確保は、今後、大きな問題になるといえる。国は、2012年「社会保障と税の一体改革」により、在宅医療推進のための事業に予算をつけ、2013年度からの5カ年医療計画では「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記し、在宅医療の活性化に向けて取り組みを始めている。具体的には、看取りなどを行う診療所の強化、急変時の対応、老人保健施設などの施設系ではない居住系住宅の整備、ケアマネージャーなどの増員マンパワーの増強等を課題として挙げている。

在宅医療の推進の背景には、多くの人が住み慣れた自宅での療養<sup>87</sup>を希望していることを受けたものであるが、2012年の医療計画後も、自宅で死が増えているわけではなく、サービス付き高齢者住宅を含めた施設が、現状、受け皿となっている。しかし、今後の在宅医療福祉の推進事業によっては、自宅での看取りも増加し、場合によっては独居で死を迎えることも可能となるだろう。住み慣れた家で療養し、死を迎えることは理想的だが、一人で死ぬことの孤独や不安は病院を上回るものがあるようにも感じられる。それは、これまで述べてきたように、患者は、病院での死に不安を感じているのではなく、社会的孤立などを背景とした孤独という状況が、心理的に影響を及ぼし、死に対する不安などを増強しているということである。すなわち、死にゆく過程の背景にある「孤独」は、在宅死であっても、同様に生じる可能性は充分にあると言えるのである。今後は、独居での看取りの環境において、病院以上に、心のケアが行き届くシステム構築が課題となるだろう。

厚労省による『高齢者の健康に関する意識調査』の中で、『在宅医療・介護の推進について』は、2025年に向けて、在宅医療・介護の将来像に、医療・介護・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括システムの構築が想定されている。それは、要介護者が住まい（生活）を中心として通院、通所、サービスの享受ができるシステムの確立をめざすもので、在宅医療体制を支援する多職種である「医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネージャー、介護士などの医療福祉従事者が、お互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制」の構築を重要視している。このことから、地域包括システムの構築では、基本的に、在宅支援をする主な職種に、医療従事者（介護職・福祉系職員を含む）以外は、基本的には想定されていないことがわかる。しかし、医療従事者らの支援だけでは、それぞれの職域に関する支援を行うだけのローテーション訪問という一方向性の支援となりやすい。「ソーシャルワークの母」と言われたメアリー・リッチモンドは、訪問に際し、ケアする者とされる者という援助関係において、ケアする者に「友愛訪問（friendly visiting）」<sup>88</sup>という視点が欠落していると指摘している。すなわち、医療従事者らによる支援だけでは、単に、在宅療養を可能にするための最低限の支援をしているに過ぎないと言えよう。したがって、リッチモンドの視点を援用

<sup>87</sup> 内閣府『高齢者の健康に関する意識調査』2007

<sup>88</sup> 門永朋子、鵜浦直子、高地優里訳『貧しい人々への友愛訪問 現代ソーシャルワークの原点』の中で、利用者の訪問形態として提唱している。

すると、今後、推進される看取りまで含めた在宅環境の充実には、在宅療養者の不安や孤独に、家族や友人のような関係性を築ける多職種との連携が課題となってくるはずである。

現在、在宅医療を支えるその他の職種の参入に関しては、「他職種協働による在宅チーム医療を担う人材の育成事業」があり、その育成事業において『都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う（地域リーダー研修）』に言及している。これにより、医療や福祉職以外の人材の参入も不可能ではないといえる。この「各地域のニーズ」に関しては、広く様々な解釈ができ、地域社会からの要請があれば、多様な人材の参入が可能であろう。また、地域によって「信仰や風習」が重要視される場合には、宗教者も講習を修了することで、在宅チーム医療として協働することが可能になってくるだろう。すなわち、在宅療養者の環境に関わる職種が多様であるコミュニティほど、豊かな療養環境が整うといえる。

このような多様な職種が連携する、療養者を中心としたコミュニティの構築には、パットナム（2009：19）がソーシャルキャピタル（社会貢献）の形態の分類として定義する「橋渡し型（Bridging）」<sup>89</sup>のネットワークが有効といえ、多職種に開かれている必要がある。そのため、「他職種協働による在宅チーム医療を担う人材の育成事業」が、より有効に機能するには、医療従事者以外の参入に対する社会的関心を高めることも重要であるといえる。また、ケアに携わろうとする職種についても、常に、医療福祉政策について注視することも必要であろう。つまり、これまでの院内や施設内が活動の中心であった、他職種とされる宗教者については、在宅療養への潮流に関し、今後、活動範囲や方法を適宜見直す視点の必要性がある。例えば、在宅療養者のケアに対して、宗教者や心理職が「個人的活動」として、在宅訪問することは制度上難しいため、病院等に所属する必要がある。具体的には、現在の医療従事者との連携や活動実績を生かした医療機関や社会福祉協議会等からの派遣や訪問という「病院派遣モデル」が実現可能であろう。

そのため、宗教者は、在宅ケアにおいて、病院等に「所属している」ことが重要であるといえる。また病院から出て「地域で」活動する宗教者という点においては、宗教者が、本来の所属寺院（教会）への地域に回帰すると言う方法もある。例えば、僧侶が所属する寺院の地域の人々は、門徒であることが多い。また、門徒でなく、これまで寺院と縁がない地域住民でも、寺院と生活領域が同じであれば、家族、生活に対する観察や要介護者との連携は比較的取りやすいと思われる。

このようなケア従事者の拠点に関する言明に、在宅医療・介護の推進プロジェクトでの「在宅サービス拠点の充実」がある。仮に、宗教的ケアを提供する宗教者も「病院派遣モデル」ではない「教団モデル」として、教団の支部等に介護支援センター等を開設するこ

---

<sup>89</sup> 柴内康文訳『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー』の中で、ソーシャルキャピタルの形態の分類として「結束型（Bonding）」「橋渡し型（Bridging）」をあげ、前者は排他的で等質な集団形成の傾向がある集団とし、後者は、横断的ネットワークを形成する開かれた集団としている。

とができれば、拠点サービス事業に参画できる可能性もある。具体的には、僧侶であれば、各寺院が所属する都道府県単位の「教務所」を拠点にすることが想定できる。そこに、臨床宗教師等の一定の研修を終えた僧侶が登録し、各自治体や病院から依頼を受けることで、要介護者に近い地区の僧侶が派遣される形になれば、先に述べた所属寺院の地域の人々をケアすることができると思う。

また、現在、重度の症状を持つ在宅療養者を十分に支えるには、現行の24時間支援の不十分さの解消という課題がある。24時間支援には、医療従事者らの定期巡回型のサービスがあり、具体的には、定時訪問として、訪問看護師や介護士が食事介助や排泄介助、体位変換等、主に身体的援助が行われている。しかし、現代の家族構成では、単身世帯同様、主たる介護者が外で働いていて留守にすることも多く、要介護者が一人で過ごすことも多く、医療従事者らの身体援助を建前とした見守りには限界があると言える。これには、24時間定期巡回型サービスにおける医療従事者らのケアを補完する目的として、宗教者らによる「友愛訪問」を「見守り支援」とすることで、在宅療養者の不安や孤独をケアすることができよう。具体的な見守り支援の提案としては、施設や病院との連携を前提とし、安否確認を兼ねた会話や傾聴を主たる業務とするものである。その結果として、うつ病予防が期待できることや、緊急を要する状況の発見にも繋がることを期待できる。しかし、現状の地域包括ケアシステムでは、この見守り支援は、特に想定しておらず、現状ではボランティア等を活用している現状にある。

在宅療養で支えるのは、身体だけではなく、療養中の心を支える視点が、現行の地域包括ケアシステムでは欠落していると言える。この視点を取り入れた在宅療養支援事業に予算がつき、医療機関などに診療報酬ができると、在宅療養者の心のケアが充実したものとなる。そのため、このような事業を決定する医療政策のプロセスに、宗教者らが、予め参加する必要があるが、一般の宗教者は、個人的なボランティアや病院での単独雇用に留まり、活動に対しても横断的にまとめる組織がない。したがって、在宅医療における心のケアが、重点項目となるような国民的合意を形成する世論の醸成を図り、その上で、選択肢に関する議論ができるようにすることがまず必要であると言える。しかし、心のケアに関して、まずそういった世論形成に繋がるような組織的運動や活動がないことも一つの問題点になるだろう。

このため、現状では、宗教者が在宅療養者に対して「友愛訪問」という目的のために、介護士の資格を取得して、定期巡回型サービスにおける身体的援助を通じて行っている例もあるという。しかし、身体的ケア中心の関わりとなるため、多忙な医療福祉職と何ら変わらず「友愛訪問」をするという目的には、及ばなくなることも考えられる。

このように、在宅療養におけるシステムの構築では、「心」のケアが、病院同様に重要であるにもかかわらず、政策に充分反映しているとは言えない現状である。さらに、がん患者や高齢者を在宅療養に切り替えた場合、病院以外の場所での看取りまで想定する必要性がある。これには、2021年度の介護報酬・基準改定で、在宅療養に係る施設や高齢者

住宅に対して、「介護施設等における看取り環境の整備促進」として、看取りを積極的に行うよう求めている方向性となっている。この指針は、介護施設等で、看取りができる環境を整備するという目的から、看取りのための部屋、看取る家族の宿泊に対応した部屋の確保等、環境に係る整備を行うよう促すものである。しかし、介護の臨床では、常時、介護職員不足が問題となっているため、十分な看取り環境の整備には、まずは、介護職員の確保という問題がある。これは、「看取り介護加算」<sup>90</sup>での夜勤職員配置加算の人員要件を緩和することで介護職員が確保でき、尚且つ、看取りが促進すると想定しているようである。これら看取り環境の整備促進に関連した診療報酬の改定の背景は、本節冒頭で述べてきたような高齢人口の割合の増加であり、2025年問題とされる国民の4人に1人が後期高齢者となる超高齢社会に備えるためである。それは、今後、病院を治療に特化させることで、高齢者の看取りを行う臨床を、病院から在宅や施設における介護の場に転換するためであろう。看取りの場として想定されるものには、2006年に看取り加算の導入が、先行して行われた特別養護老人ホームを始めとして、2021年には対象施設に、有料老人ホームとグループホームも挙げている。

このことは、病院では、看護師が看取りの中心的役割を果たしてきたのに対し、福祉の場に移行することで、介護スタッフが看取りの中心的役割を果たすようになることを意味している。これは、介護職員が、看取りケアの移譲を受けることで、本論文で述べてきた看護師の看取りのケアに対する心理的負担や苦悩を、そのまま受け継ぐことになるといえよう。

今後、看取りに関して、宗教者や心理職が連携する対象は、現在の看護師から、介護職員へと転換することになる。さらには、在宅療養者に向けたケアへの視点持つことも、求められてくるであろう。それに伴って、宗教者は、これまでの施設内という閉じられた環境における協働ではなく、新たに、保健所、地域包括支援センター、訪問看護・介護センター、社会福祉協議会等のあらゆる機関や他職種との連携が求められることになる。

本節では、医療政策を鑑みた宗教者の今後の活動に関する方向性について言及してきた。これは、宗教的ケアが、今後も社会からのニーズがあること前提としている。現在は、帰属する宗教を持たない「信仰心（初詣やお宮参り等）」や、無宗教でありながら、多様な「宗教心（スピリチュアリティ）」を持つ人々のケアに臨床宗教師が期待されている。しかしそれでも、今後の医療政策の変化に応じて、人々の価値観も変容していく可能性もあるだろう。そのため、求められる宗教者やケアのあり様も、これまでの宗教的ケアの歩みのように、変えていく必要がある。それには、宗教者自身が、医療・福祉政策の動向に関心を持つことはもちろんのこと、政策に提言やサポートが、行えるような横断的な組織を形成することや、政策決定の過程に、参加できるような組織的機能を持つことも、重要になってくる

---

<sup>90</sup> 2006年の介護報酬の改定に加えられた。看取りを行うことで、事業者には報酬が得られる。看取りに至る期間によって報酬が違っている。対象事業者は特別養護老人ホーム、グループホームなど。

であろう。

## 第2節 日本型宗教的ケアのあり方と定着に向けた総括

本節では、本研究の序論で述べた4つの研究目的の内、第一に挙げた「宗教者の常駐配置への課題を明らかにする」という目的について、これまでの検討から改めて整理したい。これは、本研究の意義である死の臨床の充実において、最も重要な位置づけとなるためである。

本研究の背景となる、臨床における看取りの専門家不在には、これまで様々な分野により検討がなされ、「日本的な」宗教的ケアや、そのあり方について検討が重ねられてきた。この過程では、仏教によるビハラー僧が創出され、長岡西病院では常駐僧侶が配置されるまでになっている。この常駐僧侶の存在は、医療での看取りで課題となっていた、患者の孤独をケアする重要性や、医療における日本型宗教的ケアを提示した、心のケアの転換期といえるものであった。この実践は、テレビや新聞等のメディアが取り上げたことで、人々から「お坊さんがいる病院」として一定程度認知されるに至り、長岡西病院による学会報告等を通じて、医療従事者の関心も寄せられてきた。しかし、一般の人々や医療従事者からは、長岡西を始めとした僧侶がいる病院は、特殊な事例であるとの認識に留まり、すそ野は広がりを見せなかったのである。その間、社会情勢を反映した医療政策によって、社会や人々の死生観も変容し、「日本型」が必ずしも仏教ではないと、各方面で考えられるようになり、日本型宗教的ケアについて再検討がなされていった。

現在は、日本型宗教的ケアとしては、人の多様な価値に寄り添うことが徹底された臨床宗教師の創出に至っている。しかし、ビハラー僧と同様、現在も多く病院、とりわけ一般病棟での臨床宗教師の採用はほとんどない状態である。今後も、社会情勢を反映した医療政策によって、日本型宗教的ケアのあり様は変化することになるであろう。しかし、本来、宗教は、流動的な社会情勢には影響されることのない固定的概念（教義）に立脚するものであり、宗教者の価値基準も、教義という主軸により固定される性格のものである。そのため、流動的な社会情勢や政策に、宗教者のケア概念を対応させることは、宗教者の根幹でもある教義との間で、葛藤を生じさせることにもなる。この根拠に、2017年3月に「東北大学における「臨床宗教師」養成講座の創設背景とその実際」として、東北大学の鈴木岩弓氏と修了生である臨床宗教師2名に対して、筆者が行ったインタビュー調査がある。なお、これは当時所属していた大阪府立大学の研究倫理委員会の許可を得て行い、臨床宗教師活動の一端を明らかにすることを目的として行ったものである。臨床宗教師の実践について、インタビューをすると、以下の回答が得られた。

- 1、「実際には葛藤がある。寄り添いはできているつもりだが、対象の宗教性はわからない」
- 2、「(勤務している病院にある) 宗教的モチーフ (仏堂にある観音菩薩) を前にしながら、私達がする宗教によらないケアとは何かと考える」
- 3、「統一ネーミングが創設されることで活動しやすい」
- 4、「仏教は死の専門家ではなく、生にも関わるのだけど」

第 1 項と第 2 項では、本来、宗教者が対象とする門信徒ではない患者に対して、教説を援用しないで行うケアとは何かという、葛藤を持っていることがわかる。また、第 4 項では、宗教者が、医療従事者から死の専門家とみなされ、患者をケアするよう求められることに、葛藤があるといえる。これらから言えることは、先述したように、教義に立脚した宗教者が、現代の価値観に合わせたケアとして対応することに、少なからず葛藤が生じていることがわかる。

しかしながら、患者のための宗教的ケアを考えた時、そのあり方は、世情に応じて見直されていくのが必然といえる。したがって、宗教的ケアが、流動的な世情や民意を反映したものにならないと、宗教的ケアは定着せず、病院や施設での常駐の過程も厳しいものとなるが、医療従事者側が、過度に普遍的な方法を要請することは、宗教的ケアの意義を失うことにもなる。本研究では、世情や民意を反映したケアには、これまでの「日本的な」宗教的ケアを希求した歩みと同様、今後の宗教者のケアにも、医療政策による影響は大きいとして、心理職との差異化、EPA 看護師との協働の可能性、AI ロボットの活用、在宅医療への回帰という臨床の変動に対する役割の検討を行ってきたのである。すなわち、これまでの施設内医療活動の一環や看護師との協働から、福祉の視点や介護職員との協働、そして医療政策に伴った多職種との連携の可能性等に、方法や活動の場が転じることで、宗教者は、これまで以上に、宗教的ケアの本質を問われることになる。本研究では、本章に至るまで、施設内における宗教者の活動の発展や、常駐配置に関し、その課題について明らかにするべく検討を行ってきた。その結果、施設内外の活動に関わらず「多職種との専門性の差別化と職域の明確化」を図らなければ、常駐配置の前提にある宗教者のケアの採用にも至らないということが導かれたのである。これが、常駐も含めた配置に至る第一条件となろう。

例えば、医療従事者の専門性とケアについては、医師や看護師等の職種が、職域の不可侵を前提に、自身の専門性の範囲で、患者の治癒を目指して、連携してケアに当たっている。ここで言う職域とは、資格化された専門性によって区別することであり、不可侵にすることで医療における秩序を保っている。同様に考えると、宗教者が医療従事者と協働するには、資格化された専門性の提示を要することになる。しかし、宗教的ケアが「多職種との専門性の差別化と職域の明確化」が図れていない現状では、厚労省管轄の資格となる実現性は低いとみている。そのため、現状では、多職種と比較した、宗教者のケアの意義



である「優位性」を、その専門性に変えて、宗教的ケアの有用性を各方面に、周知していく必要があるだろう。この優位性に基づいた専門性は「医療に適合」していることが前提であり、そのうえで、専門職に資する要件とは何かということが明らかになる必要がある。

この要件の抽出には「患者からの求め」と「医療従事者、主には看護師からの求め」という二つの側面による統合が必要であると考えた。しかし、先行研究は、主に、遺族からの声を中心とした宗教的ケアの必要性和可能性の言及に特化していた。そこで、本研究では、多職種と比較し、宗教的ケアの専門職性や優位性に言及するために、終末期の患者と多く接する看護師に対する調査が最適であると考え、常駐する僧侶がいるあそかビハール病院での看護師へのインタビュー調査に至ったのである。この点において、序論で述べた研究目的と研究方法には整合性があると考えている。

さらに、この調査結果では、医療従事者と宗教者の間で、優位性と等しい「宗教的ケアの意義」についての認識に違いがあることが明らかになった。調査からは、あそかの看護師らがビハール僧には、患者の現世における病気に関連した苦悩や苦痛からの解放の先にある‘あの世’に救いがあることを想定した語りを支援やケアとして期待していたのに対し、ビハール僧らは、「私の考えに引き寄せる（寄り添わせる）のではなく、患者さんの思いや考えに寄り添うことが宗教的ケアの必要な要素である」としていた。すなわち、看護師は、ビハール僧が、語る主体としてケアすることを、宗教的ケアの側面もしくは要件として考えていることがわかる。一方、ビハール僧は、語る主体は患者であって、宗教的には患者の問いかけにこたえるような形で、受動的に関わることが重要な要件と考えられていると言えよう。

この一調査のみの結果だが、本研究では、専門職や優位性について一定の要件を示すことができたと考えている。また、判終末期医療で患者をケアしてきた看護師らのニーズを整理し集約することからも、一定程度、宗教的ケアの職域とは何かを提示することができたと見ている。あそかの調査から導き出された、医療従事者が期待する宗教的ケアの意義については以下のようにまとめられる。

- ① 看護師によるケアの「没入」を防止する。
- ② 患者の不安等の心理は、宗教的傾聴によって緩和できる。
- ③ 医療の価値観である「完了としての死」ではなく‘あの世’に関連した死生に関する共感を行うことができる。
- ④ 患者との時間の共有をすることで「関係性における死」を創出できる。

看護師による没入防止とは、看護師が過度にケアについて内省することを防止すると言う意味である。ヘルガ・クーゼ（2001：188）は「（看護師による）高い理想の設定は、ほとんどが達成不可能な目標であり、挫折感で満たすばかり」であるとする。すなわち、看護師は、看取りケアについて高い理想を設定しても「いのちの空間に入ることは不可能で」

あり、「身体を超えたレベルで他者と一体化することもできない」ため、心のケアで高い目標設定をすべきではないということになる。例えば、看護計画で、傾聴によって患者を理解する等という目標を立てることは、高い目標になる。そのため、医療従事者にとって、第三者的存在である、宗教者や心理職が、患者との調整役となることは、看護師の抱え込みを防止に繋がり、没入の防止にもなると言える。

宗教者が常駐に至らないその他の理由には、医療における宗教的ケアの位置が明確化されていないことが挙げられる。これは第 3 章で、看護師が望ましいと考える、宗教者の業務方法についての結果を示した通りである。

- ① 看護師と連携したルーティン業務を持たないことで、患者と時間に制約無く関われる。
- ② 医療従事者のケアに準拠されたケアを行う。
- ③ 患者から得た治療に関する情報は、看護師へ報告の義務を負う。
- ④ 患者の「今」に応じるため、夜勤も含めた交代制勤務が望ましい。

以上のことから、医療における宗教者の位置について、二つの重要な課題が得られた。一つには、宗教者の想定される業務が、非医行為性であるため、医療従事者からの指示の可否をどうするのかというものである。これは、宗教者の業務の主体性の範囲を決定するものでもあり、重要な点である。次に、指示に関連するものとして、医療体制におけるヒエラルキーがある。例えば、看護師は、「医師の指示がある場合において、診療の補助として、医行為をなしうる」（保助看法 5 条）という規定がある。准看護師は、さらに、医師、歯科医師または「看護師の指示」を要するものである。しかし、これは医行為に準じた業務に関する範囲について及ぶものであり、看護師のもう一つの業務である「療養上の世話」に関しては、例外であり、必ずしも医師の指示を要しない。

このように、医行為ではないケアの要素は、生命に危害を及ぼす恐れがなければ、資格という専門性を根拠に、一定程度の裁量権を持つことができる。宗教者については、厚労省に依拠する資格はなく、非医行為であるケアを担うため、医療従事者からの指示を本来、要しないと言えるだろう。しかし、看護師が、情報収集や報告の面で、連携を望んでいることから、看護師の行為に準拠したケアである必要がある。このため、常駐の勤務となれば、医療におけるヒエラルキー内の位置を明確にする必要があるだろう。このような、「ヒエラルキーにおける位置の明確化」は、医師法や保助看法などの法律に依拠とした、医行為における重要な秩序であるため、宗教者がケアするにあたって明確にする必要があるといえる。すなわち、位置づけの明確化は、常駐も含めた配置に至る避けられない条件となる。本研究では、宗教者のケアは、看護師に準拠したケアが期待されているという結果が出ており、介護職らと同様に、看護師と連携した活動が望ましいということになる。したがって、宗教者のケアにおける主体性の範囲は、看護師に準拠した限定的な位置づけのものになろう。

本研究では、以上のことから、「常駐配置への課題をあきらかにすること」という研究目的は、今後、さらなる検討を要する面があるが、概ね達成されたと考えている。

## 結 論

結論の前に、本研究の目的を改めて要約すれば、次の四点である。

- ① 日本型宗教的ケアのあり方と、宗教者の常駐配置への課題
- ② 多職種と比較して宗教的ケアの優位性である専門性と、協働のあり方
- ③ 宗教的ケアにおける主体の検討と、門信徒による宗教的ケアの可能性
- ④ 終末期医療において、施設外ケアへと展開するための方法論

本研究は、医療・福祉の臨床における日本型宗教的ケアの定着には、上記の四点が課題であるとみて、研究の目的に挙げ、様々な検討を試みたものである。第一の目的である、常駐配置の課題に関しては、先行研究において、医療における宗教的ケアの必要性や効果は十分検証されてきたが、具体的な活用や定着に至ることはなかったため、宗教的ケアの意義から発展させた、方法論の提示が必要であると考えていた。

宗教者の配置が充足しない背景の一つに、これまで、現代社会の宗教に対する捉え方に要因があるという議論が中心にあり、筆者も同様に考えてきた。確かに、現代社会の宗教に対するイメージは、信仰という人間の原初的な営みである側面よりも、1970年以降の新宗教の一部に見られる、突出した活動や、強引な布教活動の側面のみがマスメディアによって強調されることもあり、概してネガティブに受け止められている。また、現代は「科学的な」エビデンス（根拠）が至上の価値となり、科学的に説明できない宗教や信仰は価値がないとみなす傾向もある。しかし、本研究では、現代社会における宗教に対する評価だけで、宗教者の配置に至らないと判断することは不十分として、医療側など、その他の要因による可能性について、広範な検討を行ってきた。

その結果、筆者が経験してきた看護教育や医療側に、多くの課題があるという視点に到達したのである。さらに、社会情勢に関連した人々の死生観や、医療福祉施策にも、その課題の背景にあると考え、本研究では、政府公刊資料の検討や、近代から現代に至る日本人の他界観や看取りの社会史など広い方面で検討を行ってきた。

ケアの対象である患者は、身体的・精神的・社会的並びに、スピリチュアル的に統合された存在であり、環境に応じて、発展・成長し変化し得る存在である。それゆえ、医療従事者は、その時代の世情に応じた価値観や家族観、死生観など、機敏に捉えていくことを本研究では示した。しかし、相変わらず、一般病棟の終末期患者のケアは、身体を優先させたケアが中心であり、療養に不可欠な要素である患者の多様な価値観や死生観に寄り添うケアは、通常業務の許容範囲でしか行われていない。寄り添いは、必要なケアであると認識し、その対応にも努めているが、依然として、ケアの優先順位は低い。そのため、医療従事者は、このケアに対応する職種が、医療には不可欠な職種という認識にまで至って

いないのである。まして、医療従事者が協働する機会の少ない宗教者には、ケアとして「何をしてもらえるか」という懸念もあって、宗教者の配置はおろか、常駐の必要性も感じていない状況であることが本研究で明らかとなった。

また、宗教者の配置に至らない医療側の事情には、医療における診療報酬制度がある。これは、医療制度上の問題であり、政策との関連が大きいために、医療従事者の努力のみで解決できることではない。現行、宗教者を含めた心のケアの職種については、医療制度上、一般病棟にその配置の義務付けがないために、雇用は各病院による裁量に任されている。そのため、義務のない宗教者や心理職の雇用が促進しないのである。また、雇用の形態も非常勤や事務員が多く、不安定な立場にある。こういった制度上の問題に対して、本研究では、医療政策決定のプロセスに、宗教的ケアの導入を働きかけることができる組織や組織的活動の必要性を提唱している。

このような医療側の要素が、宗教者の配置や常駐を阻んでいることが、本研究で明らかとなったが、その根底には、医療における専門職性の問題がある。医療従事者は、厚労省の資格試験によって得られた国家資格保有者であり、それぞれの職種が専門性を持って業務に当たっている。そして、医療従事者は、各々の専門性を不可侵のものとして業務を行うことで、臨床の秩序を保っている。このような臨床に、宗教者が常駐するには、診療報酬のための資格を要しないまでも、多職種と比較した優位性を示すことが要請されるのは必然的である。

先行研究では、宗教者によるケアの実際は、主に宗教者側から明らかにされているが、医療従事者と協働するために専門性を明示すると言う課題には、改めて整理し検討する必要性を感じた。そこで、本研究では、あそかビハーク病院の看護師を対象としたインタビュー調査に、「宗教者に期待すること」と「連携について」を中心に置き、専門性について検討した。結果として、看護師からは、これまでの終末期の患者のケア経験から、ビハーク僧には、宗派によらない宗教的物語を宗教的な言語で患者をケアすること、そして時間の制約無く関わってほしいという期待があることが分かった。これは、看護師が行う身体援助は医行為であり、絶対的看護行為として役割認識をしているが、倫理や哲学に関係する死生の会話に全面的に応じることは、非医行為であり、相対的看護行為と認識しているためである。このようなケア移譲は、多忙であるという理由というよりも、看護師による看取りの臨床の充実を願っての見解であるということがわかった。

その他に、このインタビュー調査からは、宗教者常駐に向けた課題となる「多職種との専門性の差別化と職域の明確化」に関連して「医療におけるヒエラルキー内の位置付け」について、一定程度明らかにすることができたと考えている。専門性と位置づけの二点を明確にすることは、医療の臨床では重要なことであり、これを定義したことで、配置や常駐に至る可能性は高くなると本研究では結論している。しかしながら、患者の不安などの訴えは、本研究で、いくつかの事例で示したように、昼間にだけ見られるものではない。したがって、理想としては、夜間も宗教者が配置された交代制勤務であることが望ましい

と考えている。これは、現在の宗教的ケアの主流である臨床宗教師についても同様に考えている。しかし、病院が複数の宗教者を雇用することは、現段階で実現すること難しいが、本研究では、その実現に向けて、現在の臨床宗教師会などの組織から、宗教者の交代要員を派遣することを、病院側が受け入れることができれば、常駐体制の維持は可能になると言う提案に行っている。

本研究では、宗教者の常駐に向けた課題として、その前提となる、一般の人々の死生観に配慮した日本型宗教的ケアのあり方についても検討する必要があると考え、先行したビハーラ僧と、現在の臨床宗教師の差異について比較・検討を行った。その結果、この両者のケア理念には二つの共通点が見いだされた。

その一つは、従来からの宗教的ケアの概念となる「信仰の押し付けをしない」というものである。具体的には、布教を行わない、および、布教と疑われるような言動をしないというものである。二つ目には、患者の宗教性を尊重した関わり方をするというものである。この二点は、日本型宗教的ケアにおける重要な礎であり、宗教的ケアの基本姿勢となっている。

また、ビハーラ僧と臨床宗教師間で見られる差異には、患者に対するケアの方法として見られた。あそかビハーラ病院でのビハーラ僧は、院内に僧侶が複数配置され、仏堂で宗教者による読経や法話が行われている。つまり仏法僧の全てが宗教的資源となっている。一方、臨床宗教師の多くは終末期病棟での一人の活動となる。あそかビハーラ病院のように、独立型では施設とは異なり、臨床宗教師は、他の病棟を有する一般の病院での活動になるため、あそかの仏堂にあたる礼拝堂といった宗教資源はないのが普通で、宗教者自身が宗教的資源となっている。

具体的な違いは、あそかのビハーラ僧は、仏堂にてお別れ会を行うことや、日常的に勤行を行っていることで、信仰に関して、一定の開示をする機会がある。一方、臨床宗教師は、病院での個人活動になることが多く、所属する宗派を推測するような機会がない。この差において、仏堂での行事や読経を行うビハーラ僧は、信仰を内面化していないのではないか、もしくは、患者の宗教性を尊重していないのではないかという批判には当たらないと筆者は考えている。その批判に耐えうる説明として、宗教者の読経は、患者の安寧を願った個人的で内面化された信仰に基づいた行為であり、「人々を教え導く」という宗教の本質である実践が病院では難しいための代理行為として説明できよう。本研究では、このように両者に共通する「日本的な看取り」の理念が、その実践である信仰の表現において違いがみられることを明らかにした。

現在の日本における宗教的ケアの基本姿勢である信仰の個人化（内面化）は、「ターミナル・ケアにおける療養環境の整備・構築」の提唱を行った、終末期医療のパイオニアであるシシリー・ソンドースの「信仰を押し付けない」という理念を継承したものである。そして、シャーリードゥブレイ（2004：208）は、ソンドースの信仰に関し『人々が自由になって自分自身の信仰を見出すことを望んだ』としながらも、当時、ソンドースによって設

立された超教派キリスト教団による聖クリストファー・ホスピスでは、『朝と夕方に短い礼拝があり（中略）病棟では1日の初めと終わりに祈祷会が開かれる』としている。この解釈には、院内において、患者の信仰を見出す援助、つまり、信仰の選択肢として、信仰の一形態の開示を行ったもので、信仰の押し付けには当たらないといえる。ソンドースのこのような先駆的实践は、宗教的ケアの一モデルとして、あそかで継承されているといえるだろう。このことから、代理行為としての願いは、宗教的ケアの実践における「アプローチの差異」だといえる。したがって、本研究では、臨床宗教師への一本化を図る必要もなく、あそかビハーラ病院の宗教者に見られた、信仰の内面化と顕在化を両立させた宗教的ケアも、宗教的ケアの多様な選択肢として、今後も並存在可能なものと結論している。

しかしながら、過度の信仰の内面化は、宗教者の自律的なケアの意義を希薄化させ、他の職種への心のケアとの差がなくなる懸念もある。本研究では、臨床での他の職種の動向として、公認心理師や、全ての心のケアの統合となるスピリチュアルケアを例に挙げ、宗教的ケアも、そこに合流する傾向にあること本研究では指摘した。個人的な「生き方」の基盤であるスピリチュアリティは、宗教の上位概念であり、宗教的ケアもスピリチュアルケアに包含されるものと言える。しかし、患者へのアプローチ方法として、宗教の活用や、宗教者による実践ということに、宗教者の行うケアの意義がある。したがって、スピリチュアルケアと宗教的ケアの異同を問う議論では、宗教的ケアは、スピリチュアルケアの選択肢の一つと結論した。また、あそかビハーラ病院の看護師のインタビュー調査からは、宗教的ケアの有意性や専門性に関し、宗教的傾聴や、現世的‘あの世’観に対する共感が、宗教者の役割であるとみなせることがわかった。

以上を踏まえ、宗教者配置の課題には、医療側の要素である診療報酬や、宗教者の行うケアに対する懸念があり、これに対しては、目的①と関連して、本研究では、目的②の多職種と比較して宗教的ケアの優位性である専門性と、協働のあり方を提示できた。

しかし、非医行為のケアを行う宗教者は、医療のヒエラルキー内に位置付けることが妥当かという問題は残っているため、今後の研究課題である。これに関連して、地域医療や福祉における宗教者の活動の展望についても「病院派遣モデル」や「教団モデル」の提案を行ったが、同様に、今後の課題である。

次に、多様な宗教的ケアの選択肢として、門信徒の宗教性を活用した宗教的ケアについても研究目的③として挙げ、言及してきた。専攻研究では、医療側と宗教側のいずれも一貫して、宗教的ケアを行う主体に、宗教者を前提として検討を重ねてきた。2025年には、後期高齢者の多死社会を迎えることになり、本研究が目指している看取りの臨床の充実はおろか、看取りの臨床の混乱すら予想される。そのため、これまでの宗教者に限定することなく、台湾の事例のように、宗教的傾聴ができる信徒の活用についても検討することが重要であると考え、門信徒を活用とした宗教的ケアの予備議論になれるよう、慈済会の実践活動の分析に多くのページを費やしてきた。

台湾の事例は、宗教者が主体となって、信徒との連携を活発にすることで、ケアの裾野

が広がった事例として捉えている。高（2005）によると、台湾では、宗教や宗教者に対する強い尊崇があり、宗教教団による慈善活動は、社会から歓迎されやすく、門信徒は活動がしやすいと言う。この事例を本研究で取り上げたのは、日本にも応用できれば、宗教的ケアの新たな地平となることができると考えたからである。本研究では、このような、門信徒によるケアの実践も、一つの宗教的ケアであり、患者にとっての心のケアの選択肢が増えることになるとしている。これは、本研究の意義とする『看取りの臨床の充実』に繋がると結論している。

また、本研究では、日本での事例として、真宗本願寺派教団による信徒の活動を、研究対象にして検討してきた。慈済会の場合、教団の病院でケア活動を行っており、日本の門信徒による活動は、教団の病院でないという前提に違いがある。そのため、慈済会の活発な活動が、台湾社会における宗教の価値という背景だけではない優位性がある。このように、教団の病院であるという優位性が、積極的なケア活動の基底にあるために、病棟での自律的な患者とのコミュニケーションや、看護師と直接的に連携したケア活動を可能にしている。両者の門信徒による病院での主なケア活動は、時間を共に過ごすことを主軸とした、教団の教義や理念を内面化させた傾聴がなされている。このような信仰の内面化や個人化は、臨床宗教師やビハラー僧が行う宗教的傾聴や寄り添い方法と同様であるといえ、宗教的ケアが宗教者に、必ずしも限定する必要がないことが本研究では示している。

シャーリードゥブレイ（2004：179）によると、シシリー・ソンドースは、終末期の患者の院内コミュニティについて「世俗の普通の人々に、我々の患者を助けるため、安堵の気持ちと一緒に分かち合うことを望もうとすること自体、不可能だろうか」と述べている。すなわち、患者の療養には、閉じられた病院内というコミュニティに、コミュニティ外の成員による「多くの人の協働が必要」と言える。このことから、患者を中心にした病院コミュニティには、専門職である医療従事者－患者、専門家である宗教者－患者という関係性以外の、門信徒のコミュニティへの参加は、患者が孤独にならない、誰かが傍にいないという効果があると考えた。このような宗教者が門信徒と連携した宗教的ケアを行うことの本研究の提案は独創的な部分でもある。しかし、本研究では、日本での門信徒による具体的なケア方法には、言及しなかったため、これについても、今後の課題としたい。

以上、本研究では、医療における宗教的ケアの定着や宗教者の配置について、主に医療という側面から考察を行ってきた。人が人生を終えるまでのライフヒストリーには多様性がある。しかし、その最期を迎える病院の環境や医療風土は、医療従事者の都合が優先される画一的なものである。そのため、多様性に配慮するような個別性のあるケアを、現状では、多く期待することはできない。このような医療風土の形成は、様々な要素が結合されて形成されているために、例え不都合な要素を見出しても、その他の要素と関連しているため、改善をすることは、たやすいことではない。

したがって、通常の医療では解消できない、顕在化した患者の全人的な訴えにはスピリチュアルケアが不可欠であり、本稿ではその一環として位置付けた宗教的ケアについて推



敲を重ねてきた。これは、患者に対する心のケアの一つの選択肢に、宗教的ケアの定着を図るという目的からだった。この研究成果が、看取りの臨床の充実にわずかでも寄与することを願って、結びとしたい。

## 謝辞

本研究において、臨床の調査に関わった、あそかビハーラ病院の大嶋健三郎医師や、看護師、ビハーラ僧らによる活動の実際には、筆者の理想としたコミュニティとしての医療が展開されており、このコミュニティの維持には、日々のたゆまぬ努力によって、個別性を尊重したケアが行われていた。大嶋医師は、患者との出逢いや症例は、全て忘れないとして、治療関係だけでなく、患者の過去から現在に至るライフヒストリー全体を受け止めるという「患者の人生に関わったケア」観を持つ。仏教や宗教が、病院に勤務するこうした医療従事者に与える影響についても今後、考えていきたいと思っている。また、あそかを有する真宗本願寺派社会部には、多数のご協力を頂き感謝を申しあげたい。そして、今後、門信徒の活動する取り組みでは、日本における新たな宗教的ケアの可能性を生み出すものとして大きな期待を寄せているところである。

本研究は、臨床を研究対象にしているため、この調査の過程では、多くの人々との交流があった。慈済会における研究でも、慈済病院の心蓮（緩和ケア）病棟で、臨床宗教師として活躍している釋純寛師（高淑娟氏；佛教大学大学院・社会福祉学専攻の2005年度後期博士課程修了）をはじめ、花蓮本部の関係者や、慈済会花蓮病院での志工（ボランティア）、沼田青貫氏を始めとした日本支部の委員や会員らとの度重なる交流では、彼らによる熱心な奉仕の心や、真摯な人との向き合い方に「人として」学ぶべきことが多く、研究を通して、私自身の人間性の成長にも繋がることができたと思っている。

本研究の執筆の過程では、方向性や検討に多くの視点を与えてくださった大阪府立大学の秋庭裕先生に深く感謝するとともに、完成までの道筋で熱心にご指導くださった佛教大学の八木透先生と、2020年3月に同大学を定年退職後も多くの時間を割いて、ご指導くださった村岡潔先生にも同様に感謝いたします。そして何より、これまで指導を受けた先生方の方針と私の思いを尊重しながら、細部に渡り熱心にご指導くださった朴光駿先生には本当に心より感謝申し上げる次第である。完成までの長い過程では、途中、コロナ禍にあり、思うようには進められず、中断に至る葛藤もあったが、その際には、朴先生からの「今日も1日穏やかに過ごせますように」という言葉には何度も救われた。これは、本研究で、強調してきた対象への寄り添いそのものであり、朴先生から受けたケアだと思っている。

本研究の過程では、このほかにも、多くの、宗教者と大学の先生、個人のご協力があり、成果が導きだすことができた。その全ての人への感謝を心に留めて、今後も真摯に、このテーマに取り組み、看取りの臨床の充実に寄与していきたいと思っている。

## 参考文献

- A・R・ホックシールド（石川准、室伏亜希訳）（2018）『管理される心 感情が商品になる  
とき』世界思想社
- アイファ・オング（加藤敦典・新ヶ江章友・高原幸子訳）（2013）『《アジア》、例外とし  
ての新自由主義』作品社
- 秋庭裕（2017）『アメリカ創価学会（SGI-USA）の55年』新曜社
- あそかビハーラ病院編（2017）『お坊さんのいる病院 あそかビハーラ病院の緩和ケア』  
自照社出版
- イヴァン・イリッチ（金子嗣郎訳）（2009）『脱病院化社会 医療の限界』晶文社
- 池見澄隆（2012）『冥顕論 日本人の精神史』法蔵館
- 伊田広行（2004）「スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す」『大阪経大論集』第54（5）
- 一般社団法人 日本臨床心理師会（2016）『第7回 臨床心理士の動向調査 報告書』
- 伊藤高章（2005）「医療・宗教・スピリチュアルケア」『心の臨床』第24巻
- 稲場圭信（2011）『利他主義と宗教』弘文堂
- 猪飼周平（2012）『病院の世紀の理論』有斐閣
- イマヌエル・カント（篠田英雄訳）（1976）『道徳形而上学原論』岩波文庫
- ウォルデマール・キッペス（1999）『スピリチュアルケア』サンパウロ
- 上野千鶴子（2012）『ケアの社会学 当事者主権の福祉社会へ』太田出版
- 浮ヶ谷幸代、井口高志 編（2007）『病と＜つながり＞の場の民族誌』明石書店
- 臼田寛・玉城英彦・河野公一（2000）「WHO 憲章の健康の定義が改正に至らなかった経緯」  
『日本公衛誌』第47巻 第12号
- 内田桂太（2015）ビハーラ医療団 編 『他力の「ビハーラ」』『本願が示すビハーラの方  
向性一穢土の救済に起ち上がれ』自照社出版
- 埋橋孝文・木村清美・戸谷裕之（2009）『東アジアの社会保障 日本・韓国・台湾の現状と  
課題』ナカニシヤ出版
- NHK 放送文化研究所（2010）『現日本人の意識構造』NHK ブックス
- エリオット・フリードソン（新藤雄三・宝月誠訳）（2005）『医療と専門家支配』恒星社厚  
生閣
- 小澤徳太郎（2006）『スウェーデンに学ぶ「持続可能な社会」』朝日新聞社
- 大東俊一（2009）『日本人の他界観の構造』彩流社
- 落合恵美子（1994）『二十一世紀家族へ』有斐閣選書
- カール・ベッカー編著（2006）『生と死のケアを考える』法蔵館
- 葛西賢太、坂井正斉編著（2013）『ケアとしての宗教』明石書房
- 金子昭（2005）『驚異の仏教ボランティア 台湾の社会参画仏教「慈済会」』白馬社

- 金子昭 (2014) 『台湾さながら宗教の博物館 異彩放つ仏教 NGO』 中外日報(12/3)
- 金児暁嗣監修 松島公望・河野由美・杉山幸子・西脇良編 (2011) 『宗教心理学概論』  
ナカニシヤ出版
- 川島大輔 (2011) 『生涯発達における死の意味付けと宗教 ナラティブ死生学に向けて』  
ナカニシヤ出版
- 窪塚俊之 (2008) 『スピリチュアルケア学概論』 三輪書店
- 共同通信社 生活報道部 (2018) 『ルポ 最期をどう迎えるか』 岩波書店
- 玄東和・張賢徳 (2005) 「スピリチュアリティと精神療法」 『心の臨床』 第 24 巻
- 厚生労働省 『平成 20 年人口動態統計年表 (確定)』
- 高淑娟 (2005) 『宗教 NGO 国際福祉援助に関する研究—台湾佛教慈濟基金會の活動を事例  
に—』 佛教大学大学院 博士論文
- 国際厚生事業団 <http://www.jicwels.or.jp/> (外国人看護師・介護福祉士受け入れについて)
- 後藤真澄 『日本の EPA 送り手国と受入国の看取り観の比較研究～看取り観に影響する要因  
について～』 文部科学省基盤研究 (B) H27 ～H29 による研究 調査研究報告書
- 小林光恵・エンゼルメイク研究会 (2010) 『ケアとしての死化粧』 日本看護協会
- 小西達也 (2017) 『スピリチュアルケア定義の要件とその方法論の検討』 武蔵野大学教養教育  
育リサーチセンター紀要 7 号
- 斉藤環 (2016) 『オープンダイアログとは何か』 医学書院
- 坂本治也編 (2017) 『市民社会論 理論と実証の最前線』 法律文化社
- 崎山治男、伊藤智樹、佐藤恵、三井さよ (2010) 『〈支援〉の社会学 現場に向き合う思考』  
青弓社
- 櫻井義秀、外川昌彦、矢野秀武 編 (2015) 『アジアの社会参加仏教 政教関係の視座から』  
北海道大学出版会
- 佐藤伸彦 (2015) 『ナラティブホームの物語』 医学書院
- 三本松政之・朝倉美江 編 (2007) 『福祉ボランティア論』 有斐閣アルマ
- シオバン・ネルソン、スザンヌ・ゴードン (阿部里美訳) (2007) 『ケアの複雑性』 エルゼ  
ビア・ジャパン
- 島藺進 (2012) 『現代社会とスピリチュアリティ』 弘文堂
- 慈済基金会 『證嚴法師と慈済世界 慈済功德会設立の由来とその後の展開』 慈済小叢書 8
- シャーリードゥブレイ (若林一美他、訳) (2004) 『ホスピス運動の創始者シシリー・ソ  
ダース』 日本看護協会出版会
- 釋證嚴(2008) 『眞實之路—慈済年輪興宗門』 慈済文化出版社
- 釋證嚴 『慈済ものがたり』 慈済基金会日本支部 No229～No270
- 釈證嚴 (涂羅美麗、三宅教子訳) (2012) 『静思語』 慈済文化出版社
- ジャン・ドメニコ・ボラジオ (2015) 『死ぬとはどのようなことか 終末期の命と看取り  
のために』 みすず書房

- ジャン・ボベロ、門脇健編（2009）『揺れ動く死と生 宗教と合理性のはざままで』晃洋書房
- ジャン・ボベロ（三浦信孝、伊達聖伸訳）（2009）『フランスにおける脱宗教性の歴史』白水社
- 浄土真宗本願寺派 社会部「ビハーラの歩んだ 20 年と今後」『ビハーラ活動 20 カ年総括書』  
<http://social.hongwanji.or.jp/html/c11p9.html>
- G・ゴラー（宇都宮輝夫訳）（1994）『死と悲しみの社会学』ヨルダン社
- ジョルジョ・アガンベン（2003）『ホモ・サケル 主権権力と剥き出しの性』以文社 P25
- ジョルジョ・アガンベン（2007）『例外状態』未来社
- 新村拓 『死と病と看護の社会史』法政大学出版局(1995)
- 鈴木優美（2011）『デンマークの光と影 福祉社会とネオリベラリズム』リベルタ出版
- 総務省『平成 30 年 情報通信白書 第 1 部』
- 高城和義（2011）『パーソンズ 医療社会学の構想』岩波書房
- 高橋正美（2011）「宗教とスピリチュアリティ」『宗教心理学概論』ナカニシヤ出版
- 竹内啓二（2006）「デス・エデュケーションをめぐる」『モラロジー研究』No.58
- 田代俊孝（2009）『仏教とビハーラ運動 死生学入門』法蔵館
- ダニエル・F・チャンブリス（浅野祐子訳）（2007）『ケアの向こう側 看護職が直面する  
 道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会
- 田宮仁（2007）『「ビハーラ」の提唱と展開』学文社
- 谷山洋三（2017）『医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア 臨床宗教師の視点から』  
 中外医学社
- 鳥海房江（2011）『介護施設におけるターミナルケア 暮らしの場で看取る意味』雲母書房
- 陳慧剣（2003）『證嚴法師と慈濟世界 慈濟功德会設立の由来とその後展開』慈濟小叢書 8
- デヴィッド・サドナウ（岩田啓靖、志村哲郎、山田富秋共訳）（1992）『病院でつくられる  
 死「死」と「死につつまること」の社会学』せりか書房
- 藤堂俊英（2019）「仏教精神をふまえた看護の思想的支柱とその歴史」『佛教大学 仏教学  
 会紀要』第 24 号
- 月江教昭、花岡尚樹、馬場祐康（2011）「終末期医療の中における常駐僧侶の役割について  
 の検討」『死の臨床 58 抄録集』日本死の臨床研究会学会
- 土屋由美（2007）『生によりそう「対話」 医療介護現場のエスノグラフィーから』新曜社
- 東京大学医療政策人材養成講座（2009）『「医療政策」入門』医学書院
- 内閣府（2007）『高齢者の健康に関する意識調査』
- 中込睦子、中野紀和、中野泰編（2021）『現代家族のリアル』ミネルヴァ書房
- 奈倉道隆、カールベッカー、波平恵美子他（1995）『いのちと日本人』白馬社
- ナン・リン（筒井淳也、石田光規、桜井政成、三輪哲、土岐智賀子訳）（2011）『ソーシャ  
 ルキャピタル 社会構造と行為の理論』ミネルヴァ書房
- 西澤弘（2014）「師業と士業の由来—医師はなぜ医士ではないのか」『日本労働研究雑誌』

No.645

- 野崎和義 (2011)『コ・メディカルのための医事法学概論』ミネルヴァ書房
- 野田隆生(2016)「近世仏教と看取りの文化 その二～信仰と「死」の看取り」『別冊地域ケアリング』1月号
- バーニー・グレイザー、アンセルム・ストラウス (木下康仁 訳) (2009)『死のアウェアネス理論と看護 死の認識と終末期ケア』医学書院
- 朴光駿 (2007)「イギリスにおける福祉専門主義の発展と 1980 年代以降の動向」『社会福祉の新しい潮流』中村永司教授 3 周忌論文集刊行委員会
- 朴光駿 (2012)『ブッダの福祉思想―「仏教的」社会福祉の源流を求めて』法蔵館
- 橋本鉦市 (2008)『専門職の養成過程―戦後日本の医師数をめぐって―』学術出版会
- 波頭亮 (2018)『AI と BI は人間をいかに変えるのか』 幻冬舎
- 華園聰麿 (1982)「カントの道徳的宗教について」『島根大学教育学部紀要』(人文社会科学) 第 16 巻
- 林茂一郎、井上ウィマラ、藤腹明子、田中雅博 (2009)『宗教と医療』中央学術研究所
- ハロルド G.コーニック (杉岡良彦訳) (2009)『スピリチュアリティは健康をもたらすか』医学書院
- ピーター・シンガー (檉則章訳) (1998)『生と死の倫理 伝統的倫理の崩壊』昭和堂
- フィリップ・アリエス (伊藤晃、成瀬駒男訳) (1983)『死と歴史』みすず書房
- 藤井美和、浜野研三、大村英昭、窪寺俊之 編 (2010)『生命倫理における宗教とスピリチュアリティ』晃洋書房
- 藤本啓子 (2009)「臨床現場における「スピリチュアリティ」」『スピリチュアリティと臨床哲学』Osaka University Knowledge Archive 臨床哲学 9
- 佛教大学国際学術研究叢書 1 (2009)『生命論と霊性文化―仏教への問い―』思文閣出版
- 佛教大学国際学術研究叢書 5 (2015)『仏教と社会』思文閣出版
- 福永憲子(2013)「医療の臨床における「宗教的ケア」の必要性和可能性―その理論的検討」大阪府立大学 『人間社会学研究集録 9』
- 福永憲子 (2014)「現代社会における看取り文化の諸相―医療従事者から見た病院死のフォークロア―」佛教大学鷹陵史学会『鷹陵史学』第四十号
- 福永憲子 (2015)『最期にビハラーは何ができるか―日本的看取りとビハラーの展開』自照社出版
- 福永憲子(2017)「現代の死における医療と主教の共同管理のあり方を考える―仏教的ケアは、いかにして行われるのか―」『佛教大学総合研究所紀要』第 24 号
- 福永憲子 (2018)「専門職としての宗教的 caretaker とは何か―あそかビハラー病院・看護師へのインタビュー調査から―」『佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集第 6 号』
- 福原宏幸 編 (2010)『排除/包摂と社会政策』法律文化社
- 藤腹明子他 (2009)『宗教と終末期医療』中央学術研究所編

- ヘルガ・クーゼ（竹内徹、村上弥生訳）（2001）『ケアリング 看護婦・女性・倫理』メデ  
ィカ出版
- ヘンリー・ベルクソン（平山高次訳）（2013）『道徳と宗教の二源泉』岩波文庫
- 松尾陸（2009）『学習する病院組織』同文館出版
- 松尾豊（2017）『人工知能は人間を超えるか ディープラーニングの先にあるもの』角川選  
書
- 松繁拓哉（2010）『「患者中心の医療」という言説 患者の「知」の社会学』立教大学出版  
会
- 三浦典子（2010）編著『台湾の都市高齢化と社会意識』溪水社
- 水谷幸正、雲井昭善、池見澄隆、福原隆善、広瀬卓爾、田宮仁、笹田教彰（1986—1987）  
一般研究 C『仏教とターミナル・ケアに関する研究』佛教大学
- 水谷幸正他（1998-1990）一般研究（B）『ターミナル・ケアの従事者の教育に関する研究』  
佛教大学
- 六車由美（2013）『驚きの介護民俗学』医学書院
- 村岡潔（2004）「医師—患者関係における医療的交換について」『佛教大学文学部論集』88  
号
- 村岡潔（2017）「現代医学と仏教医学」『佛教大学総合研究所紀要』24 号
- 村岡潔（2018）「死に臨む医療 End of Life Care を担う人々の役割」『佛教大学総合研究  
所共同研究成果報告論文集』06 号
- 村岡潔（2019）「現代医学と仏教医学：解題と補遺と余剰」『佛教大学仏教学部論集』
- メアリー・E・リッチモンド（門永朋子、鶴浦直子、高地優里訳）（2017）『貧しい人々へ  
の友愛訪問 現代ソーシャルワークの原点』中央法規
- 森田敬史（2010）「ビハラー僧の実際」『人間福祉学研究』第 3 巻 1 号
- 森田洋司、新藤雄三『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社
- 盛山和夫、上野千鶴子、武川正吾（2012）『公共社会学【1】リスク・市民社会・公共性』  
東京大学出版会
- 八木透（2002）『日本の通過儀礼』佛教大学鷹陵文化叢書 4 思文閣出版
- 八木透（2015）「日本における死者祭祀と仏教」第 23 回国際仏教文化学会議実行委員会  
編『仏教と社会』思文閣出版
- 八木透（2016）「昭和の家庭事情—嫁・姑問題の背景を探る」佛教大学歴史学部編『歴史学  
への招待』世界思想社
- 箭内 任（2009）「宗教における言語の共通性—シンボル言語からコミュニケーション言語  
へ—」『尚絅学院大学紀要』第 57 集
- 山内繁訳（2016）『ソーシャルロボットに関する勧告』デンマーク国家生命倫理委員会
- 山本克也（2009）「我が国における外国人看護師・介護士の現状と課題」『季刊社会保障研  
究』第 45 巻第 3 号

- 結城康博、平野智子（2011）『介護と看取り』毎日新聞社
- 吉岡さおり、池内香織、山田苗代、小笠原知枝（2006）「看護師らの末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関する要因」『大阪大学看護学雑誌』12（1）
- ロバート・D・パットナム（柴内康文訳）（2006）『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー』柏書房
- 脇本竜太郎（2012）『存在脅威管理理論への誘い 人は死の運命にいかに向かうのか』サイエンス社
- A.R.ホックシールド（石川准・室伏亜希訳）（2018）『管理される心 感情が商品となるとき』世界思想社
- C・D フレズネ/G・ペラン（久世順子、刀根洋子、平尾真知子訳）（2005）『看護職とは何か』白水社
- Fuller, Robert C. (2001) 『SPIRITUAL but not RELIGIOUS』 Oxford University Press
- 「AI でケアプラン作成 ケアマネージャーの仕事はどうなる？（編集部）」（2017）『月刊マネジメント』6月号 環境新聞社



## 参考資料

写真① 病棟内のエンゼルセットの一例



<p>写真② 台湾慈済会の本部（台湾花蓮市）</p> 	<p>写真③ 慈済会僧侶・信徒による農耕作</p> 
<p>写真④ 花蓮慈済病院</p> 	<p>写真⑤ 慈済大学</p> 
<p>写真⑥ 北慈済会病院 菩薩像と地球</p> 	<p>写真⑦ 花蓮慈済会病院ロビー 釈迦</p> 
<p>写真⑧ 院内におけるキリスト教徒への配慮</p> 	<p>写真⑨ 仏式とキリスト教式の礼拝堂</p> 



写真⑩ ボランティアの出退時における礼拝



写真⑪ 助念堂



写真⑫ あそかビハラー病院の遠景



写真⑬ 各病室からは中庭へ



写真⑭ ビハラーホールでの読経



写真⑮ お別れ会



## Abstract

### **A Study on Medical and Religious Care in the Terminal Care Settings of Contemporary Society : From the perspective of medical welfare and Buddhism**

FUKUNAGA, Noriko

#### **1. The background and positioning of the study**

At present, 70% of people die in a hospital. The top cause of hospital death is malignant neoplasm, more commonly called as “cancer.” About 1 in 3.6 patients who die in a hospital die of cancer. The ‘palliative care ward’ is the main venue for treating cancer patients. The number of deaths in the “palliative care ward” account only for about 9 per cent of the total deaths at the moment.

This shows that the vast majority of those who die of cancer do so not in the palliative care ward, but in the normal ward. It is to note that the purpose of a palliative care ward is to ease various kinds of pain. According to a study by Yagi (2016), the nuclear family which emerged as a model of a modern family, has exerted significant influence on people’s lives since the latter half of the 1960s. The contemporary family composition is now even more diverse. This has resulted in a situation in which there is a lack of support for those dying patients who experience isolation and fear. Following this, many medical professionals, including nurses in particular, feel that the current environment that the patient is treated in, cannot fully support a dying patient.

Consequently, expectations for terminal care in making use of religion to deal with the patient’s sense of isolation and fear, has grown. However, in Japan, the perspective of a similar Japanese-way terminal care has been missing, given that the use of religion in such cases is predominantly Christian in nature. In 1985, Tashiro (2007) coined a term ‘vihara’ as a label for cases where patients were supported based on Buddhism. The vihara ward was then opened in Nagaoka-nishi Hospital. Since then, Buddhist monks have been practicing Buddhism-based care in various fields.

This study also focuses on the religious activities done by Shin-Buddhism followers (hereafter, followers) as an alternative perspective through which Japanese-way terminal care is examined. The study examines the cases of religious care provided by

the Tsu Zhi Foundation in Taiwan and by the followers of Honganji Temple of Shin Buddhism. The predominant view has been that religious care should be given by religious practitioners. Religious care provided by other types of followers has not been even looked at. However, faced with the prospect of an era with many deaths possibly peaking in 2025, the basic principle in care to not leave the dying patient alone requires help from the followers. These followers outnumber the religious practitioners, which is the reason why they are the ones examined by the study. In particular, in the case of the Tsu Zhi Foundation in Taiwan, it has already been shown that both doctrinal understanding regarding the religious order's approach to their followers and the significance of charitable activities targeting the followers, has emerged at the source of the followers' dynamic organized activities. Given this, seeing the followers as subjective religious care givers constitutes an original perspective given by this study. However, this does not mean that the study denies religious care given by religious practitioners. Instead, the study takes the view it is preferable for a terminally ill patient to have multiple alternatives for their mental health care. As such, it is expected that examining the essence of practice of support-based care given by followers, leads to further enrichment of terminal care in the future.

In addition, it is expected that pursuing a Japanese-way religious terminal care would be continuing, given that medical policies remain fluid. Cases that exemplify this include the institution of licensed psychologists as mental health care professionals, and collaboration with non-Japanese nurses and communicative robots. In particular, the institution of licensed psychologists in medicine creates a trend where psychologists are chosen as mental health care professionals. This would have a sizable impact not only on religious practitioners but also on those who are engaged with spiritual care. The study shows that this trend is opposite to clinical wishes of the study, which has found through interviews that the patient "wants you to understand the fear of dying."

So far, we have examined the background to the study. The contribution of the study is the enrichment of medicine dealing with dying patients, by examining a Japanese-way terminal care and by establishing religious care as one of the alternatives.

## **2. The aims of the study**

The study focuses on mental health care in terminal care which is deemed to be missing in medicine and religious care which aim to create a Japanese-way terminal

care. It aims to shed light on challenges to the standard deployment of Buddhist monks who are expected to be the major players in providing a Japanese-way terminal care as religious practitioners in medicine based on the history of care-giving in Buddhism and the current situation of mental health care.

The demand for caregiving by religious practitioners in medical facilities is largely driven by the medical professionals as stated in the “background and positioning of the study” section. This is because the medical team in hospitals is exclusively constituted by professionals supporting the patients’ recovery and relief. This means that there is a lack of professionals who support the terminally ill patient in his/her dying process. Consequently, the mental health care of the terminally ill patient is provided by nurses. While they recognize it as important part of care, they do not have enough time to provide it and often do not know how to deal with it.

Following this, the current study examines religious care in medicine, particularly the possibility of care provided by Buddhism, and its future from the following three perspectives. First, the perspective from a Japanese-way terminal care in medicine. Second, the perspective of a religious (Buddhist) care “required by medical professionals.” And third, the perspective of the subject who provides religious care.

As for a Japanese-way terminal care, in 1992, a Buddhist temple was established and a Buddhist monk was stationed in a palliative care ward of Nagaoka-nishi Hospital, by conceptualizing Buddhist care as “vihara.” This can be seen as the first of a Japanese-way terminal care which does not rely on a Christian chaplain. Since then, the order has established the Asoka Vihara Hospital. In 2012, a qualification called the clinical religious practitioner was created by inter-sect/faith collaboration to internalize the belief of religious practitioners. This was created by Tohoku University as a new religious care institution which responds to the contemporary religious environment and individual values. In the background to this, there is an understanding that a Japanese-way terminal care does not necessarily adopt a Buddhist method, given that non-denominational belief is on the increase and that the views and thoughts of life and death are diverse.

As we have seen so far, while the exploration of a Japanese-way terminal care has been pursued inter-disciplinarily, not many religious professionals have been stationed in hospitals. The initiative for such exploration has stagnated. Following this, the study assumes that one of the factors of is the questioning of the professionalism of religious practitioners by medical professionals. Based on the assumption, the study examines what religious care medical professionals seek.

This study examines the case of ‘Asoka Vihara Hospital’ which has collaborated with

religious practitioners. The study has shed light on the contribution of care provided by religious practitioners through interviews with nurses about what religious care they think the patient desires. It also asked nurses about the practice of the religious practitioners based on their experience of giving medical care. The finding from the interviews, “exactly because they are religious practitioners,” refers to the autonomy of religious care, which is useful in demonstrating professionalism.

The study also examines religious care provided by followers in order to understand the religious care which has been consistently provided by religious practitioners, in reference to religiosity. The study investigates the cases of the Tsu Zhi Foundation in Taiwan which is engaged in active charitable activities carried out by the followers. It also looks into the Shinshu Honganji-ha branch which provides training on social practice for their followers. By doing so, the study examines the possibility of followers being primary providers of religious care.

Furthermore, the study outlines trends in medicine/welfare with regard to mental health care by examining examples of the institution of licensed psychologists, care by non-Japanese nurses, and the communicative robot and the integrated area-wide system, and analyzing the positioning of religious practitioners in future medicine.

Based on the three perspectives outlined above, the study’s aims are summarized as follows:

- 1、 To examine the possibility of a Japanese-way terminal care provided by religious practitioners
- 2、 To examine the professionalism of religious caregiving as a mental health profession different from other jobs, by shedding light on contribution of religious care provided by religious practitioners, particularly Buddhist monks
- 3、 To attempt to enhance clinical practice in terminal care by examining the possibility of religious care provided by the followers
- 4、 To present a methodology for developing religious care for out-of-facility care, given the trend where the terminally ill patients to return home from hospital

### **3. The structure of the study**

This study comprised the following five chapters in addition to the introduction and conclusion.

Chapter 1 ‘The limits of medicine regarding terminal care, and its problematic

situation: From the perspective of medical professionals' analyzes the problematic situation surrounding death in hospitals from the perspective of medical professionals. It points out that the standardization implemented to secure the quality of care required in hospitals, makes dealing with the patient mechanical when applied to the process of 'death' of a patient. It also examines the situation which is too inadequate in supporting the terminally ill patient who suffers from a sense of isolation, in reference to the environment in the normal ward, the medical professionals' perception of death, the professionalism of medical professionals, and routine nature of work done by nurses.

Chapter 2 'The presence of death, the lack of medicine and the necessity of religion: Seeking autonomous Buddhist care' examines the use of Buddhist care as a Japanese-way terminal care by following the development in various fields. Now, the new qualifications of the clinical religious practitioner have been introduced and the chapter examines the construction of a religious care model centered on the followers. This is done by analyzing the concrete examples of religious (caregiving) activities by the followers of the Tsu Zhi Foundation in Taiwan and the Shinshu Honganji-ha branch.

Chapter 3 'Discussion of religious care and the role of religious practitioners desired by medicine: From the interviews with nurses of Asoka Vihara Hospital' analyzes religious care sought by the patients from the nurses' perspective. The interviews highlighted two concepts, "the other world' and 'meaning given to life and death," which are the axis of religious care. These two concepts elaborate the methodology of religious care and the professionalism of religious practitioners who give the same.

Chapter 4 "Re-examination of religious care with reference to mental health care and the psychological perspective" explains the distinction between religious and spiritual care, in reference to insights in various fields. As of now, both types of care are psychologized to fit medicine. The chapter examines the current situation in which care given by religious practitioners is turned into medical spiritual care. The study takes the view that this contrary to what the patient wants in terms of mental health care.

Chapter 5 'The direction of medicine/welfare regarding mental health care and the prospect of religious care' examines activities at home which religious care would reach in the future based on the two perspectives of medicine and welfare, while confirming the current trend in medicine regarding mental health care. In particular, when thinking about care given by religious practitioners in an integrated area-wide system, there is a problem of affiliation. The study makes a suggestion based on the two possibilities: the hospital and the religious order.



#### 4. Conclusion

Currently, Buddhist care in medicine makes the believer's faith even more internalized because of consideration of the situations surrounding religion, diverse views, and thoughts on life and death. However, there is concern that excessive internalization of faith would lead to the weakening of the meaning of autonomous care given by religious practitioners. This concern lies in the possibility that the difference from other mental health care given by other jobs would be lost. At the moment however, there is a trend in which religious care is being integrated with spiritual care as an integrated body of all mental health care. Following these, interviews were conducted to shed light on the professionalism of care given by religious practitioners. The professional aspects of Buddhist monks identified in the interviews can be summarized as follows:

- 1 They provide medical professionals with a place to learn about religious care.
- 2 They can deal with the situation not through medical diagnostic relationships but through the use of religious language.
- 3 They can give meaning to life and death not using the concept of 'death as completion' but by relating it to 'the other world'.
- 4 They construct 'death related to' the patient.

As for the use of the followers, Chapter 2 has suggested that the religiosity of the followers makes them potential main providers of religious care, if accompanied with change in awareness on the parts of the religious order and the followers. The conditions can be summarized as follows:

- 1 The religious order respects the religiosity of the followers.
- 2 The religious order does not prevent the followers from engaging in autonomous activities.
- 3 The religious order allows the participation in activities by those who are not followers.
- 4 Change in awareness on the part of the followers from affiliation to the temple through the vihara activities.

As for care given by religious practitioners in the community, the study examines the religious order model and hospital deployment model. The former belongs to the

religious order where activities are centered on the area where the religious practitioners are based. The latter belongs to the hospital which takes the form of visiting religious practitioners who active in the area which the hospital covers.

This is the conclusion of this study on religious care in search of a Japanese-way terminal care.